

“德达心康公益基金” 患者救助申请书

中国华侨公益基金会 “德达心康公益基金”：

我是患者，已初步了解“德达心康公益基金”（简称：心康基金）的救助范围和要求，现向心康基金申请资助费用。我已知悉并承诺遵守以下内容：

一、我知道根据本人的病情，此次“德达心康公益基金”选择的是以心血管疾病为专长的是“上海德达医院”。

二、我知道要按照心康基金的要求接受定点医院术前检查，经检查符合手术条件的申请人，需填报《“德达心康公益基金”受助对象申请表》，提供身份证复印件，侨眷、低保、特困、残疾、教师、军警及家属等有效证明。申请审批后前往医院手术治疗。

三、我充分了解手术作为医疗行为所存在的各种不确定性风险，并已做好认定手术方案、承担手术风险和后果的准备。我知道心康基金只在手术费用上给予我资助，不承担手术效果、手术风险等方面的责任，任何医患之间的医疗纠纷将由上海德达医院和患者双方自行协商解决。

四、我知道本次患者的交通、伙食费，陪同人员交通费、食宿费自理。

五、我同意心康基金可将我的救助情况进行公示。为帮助该项目宣传，可在有关媒体上无偿使用我参与活动的视频及图文资料，将不对此提出异议并积极配合项目的宣传活动。

六、我理解心康基金对我的资助额度，将根据我的病情、诊疗费用、家庭状况后综合进行评估得出。**我承诺对心康基金给予的资助幅度、金额等信息保密。**若需对任何第三方透露，必须事先取得心康基金的书面批准，**否则心康基金有权取消对我的资助**，我需要按照实际发生的医疗费用（包括但不限于诊疗费用、耗材、药费等实际费用）向医院缴纳费用。

申请人（签名）：_____身份证号：_____

监护人（签名）：_____身份证号：_____

（如患者为未成年人）

年 月 日