**中国社会福利基金会919大病救助工程**

**项目资助材料目录**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **材料内容** | **份数** | **详情** |
| **1** | **919大病救助工程资助对象登记表** | **2** | 1. **需患者本人或直系亲属签字** 2. **“家庭上年度收入总计”一栏必须填写；并由村委会（居委会）在此处盖章**   **“就诊医院诊断意见”和“县（市、区）级民政部门审核意见”必须盖章。** |
| **2** | **患者家庭户口簿复印件** | **2** | **受助人未满18岁时提供，证明直系亲属关系。** |
| **3** | **患者身份证复印件** | **2** | **患者如果没有身份证则无需递交此项，有直系亲属的，直系亲属提供身份证复印件。** |
| **4** | **申请经办人身份证复印件** | **2** | **患者由家属办理申请事宜的，需提交办理人的身份证复印件。** |
| **5** | **诊断证明复印件** | **2** | **诊断证明中务必写清：患者姓名、疾病诊断类型、疾病危险程度、治疗方案，医生手写签名并加盖医院诊断证明章。** |
| **6** | **收入证明复印件** | **2** | **1、如患者家庭为低保家庭，则需提供低保证复印件。**  **2、由村（居）委会提供家庭经济情况证明（原件），写清家中财产、上一年度总收入、家庭成员情况等信息，需村（居）委会盖章、乡镇（街道）办事处盖章。** |
| **7** | **最近一次出院记录、住院发票及费用清单复印件** | **2** | **患者近期住院发票、费用清单、出院记录的复印件** |
| **8** | **个人求助信** | **2** | **尽可能的详细描述家庭情况、治疗经历等内容** |
| **9** | **资助协议** | **4** | **受助人或其亲属亲笔签字并按手印** |
| **收到款后提交** | | | |
| **10** | **受益对象确认书** | **2** | **需亲笔签字确认并按手印** |
| **后续提交** | | | |
| **11** | **费用使用明细** | **2** | **票据等证明材料** |

**注：以上资料无法提交完整的，或其他特殊情况，提供相关书面说明材料，由中国社会福利基金会919大病救助工程项目组审核。**

所有资料请直接邮寄至北京市西城区白广路4号院三层A区309 中国社会福利基金会 联合劝募中心919大病救助工程 收

联系电话010-85114150-919；邮箱：[zhangjinhui@cswef.org](mailto:zhangjinhui@cswef.org)