



# 北京嫣然天使儿童医院资助申请表

编号：

患者照片

（唇裂患者提供正面照片，腭裂患者提供口腔内部照片）

患者姓名：\_\_\_\_\_ 性别：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

通信地址：\_\_\_\_\_ 省\_\_\_\_\_ 市（县）\_\_\_\_\_

联系人：\_\_\_\_\_ 电话、手机：\_\_\_\_\_

患病类型：唇裂 腭裂 唇腭裂 其他

患者目前体重：\_\_\_\_\_ 邮编：\_\_\_\_\_

电子邮件：\_\_\_\_\_

申报日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日



## 申报须知

1. 《北京嫣然天使儿童医院资助申请表》由北京嫣然天使儿童医院印制并负责解释；
2. 患者的所有申报资料由患者或患者的法定监护人负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性；
3. 本申报表的递交并不表明肯定获得资助；
4. 北京嫣然天使儿童医院客服部颅颌组负责所有申报资料的审核和建档工作；
5. 得到资助的唇腭裂患者，北京嫣然天使儿童医院将联合捐赠方承担患者的全部手术费用。
6. 对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒事实等行为，一经发现，北京嫣然天使儿童医院将有权不予或停止资助、追回已资助的款项。
7. 获得资助的患儿或患儿监护人均有义务和责任为医院提供必要的文字、照片、影像等资料，配合医院的宣传和采访活动，并同意北京嫣然天使儿童医院无偿使用其照片、影像等资料。

我确认已经阅读和知悉了以上全部条款，并同意所有申报规定。

患者或患儿监护人签字：

年 月 日

## 申请登记表

患者姓名		性别	
出生日期	年 月 日	民族	
户口所在地	省（市） 市（县）		
户口类型： <input type="checkbox"/> 农户 <input type="checkbox"/> 非农户			

北京嫣然天使儿童医院

电话：010-84781977 转 8102

网址：[www.smileangelhospital.org.cn](http://www.smileangelhospital.org.cn)

通讯地址：北京市朝阳区望京东园 519 号 客服部颅颌组收 邮编：100102



北京嫣然天使儿童医院资助申请表

国家认定贫困证明： <input type="checkbox"/> 建档立卡户 <input type="checkbox"/> 低保户 <input type="checkbox"/> 其他_____							
现住址							
父亲姓名			电话				
文化程度			工作性质				
身份证号							
母亲姓名			电话				
文化程度			工作性质				
身份证号							
居住状况		<input type="checkbox"/> 与父母同住 <input type="checkbox"/> 与老人同住 <input type="checkbox"/> 与其他亲戚同住 <input type="checkbox"/> 其他					
		居住在一起的人数：      人					
		<input type="checkbox"/> 自建 <input type="checkbox"/> 廉租房 <input type="checkbox"/> 单位宿舍 <input type="checkbox"/> 商品房（自购） <input type="checkbox"/> 租房 <input type="checkbox"/> 借住亲戚朋友家 <input type="checkbox"/> 其他_____					
居住在一起的 家庭成员		姓名	关系	年龄	教育程度	收入	备注（身体状况等）
							<input type="checkbox"/> 健康/良好 <input type="checkbox"/> 疾病史_____
							<input type="checkbox"/> 健康/良好 <input type="checkbox"/> 疾病史_____
							<input type="checkbox"/> 健康/良好 <input type="checkbox"/> 疾病史_____
							<input type="checkbox"/> 健康/良好 <input type="checkbox"/> 疾病史_____
							<input type="checkbox"/> 健康/良好 <input type="checkbox"/> 疾病史_____
							<input type="checkbox"/> 健康/良好 <input type="checkbox"/> 疾病史_____

北京嫣然天使儿童医院

电话：010-84781977 转 8102

网址：www.smileangelhospital.org.cn

通讯地址：北京市朝阳区望京东园 519 号 客服部频频组收 邮编：100102



北京嫣然天使儿童医院资助申请表

家庭 月均总收入	<input type="checkbox"/> ≤1000 <input type="checkbox"/> (1000-1600] <input type="checkbox"/> (1600-2500] <input type="checkbox"/> (2500-3500] <input type="checkbox"/> (3500-6000) <input type="checkbox"/> ≥6000
家庭收入来源(可多选)	<input type="checkbox"/> 种植业、养殖业、手工业及其他生产性收入 年总收入:                      元                      共有:                      亩土地
	<input type="checkbox"/> 批发零售贸易及餐饮业收入                      年总收入:                      元
	<input type="checkbox"/> 社会服务业外出务工劳务收入                      年总收入:                      元
	<input type="checkbox"/> 退休金                      年收入:                      元
	<input type="checkbox"/> 其他亲戚供养                      年收入:                      元
全家人在现 居住房屋前 的照片(含 家人和房屋 外观)	
现居住房屋 的内饰照片	



北京嫣然天使儿童医院资助申请表

其他特殊困难说明：			
家庭所在地区情况（下列情况证明由村、镇等相关部门填写）			
家庭年总收入		当地人均年收入	
家庭劳动力人口		家庭人口	
负责人		电话	
请列出一位了解您家庭情况的非直系亲属及有效联系方式：			
姓名		电话	
身份证号			

## 患者医疗情况简述

1. 唇腭裂是否接受过手术治疗？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
在哪家医院进行治疗？ _____	
效果如何？	<input type="checkbox"/> 满意 <input type="checkbox"/> 不满意
2. 是否进行过术前正畸治疗？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3. 现在是否有上呼吸道感染、发热及胸腺肥大等情况？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. 出生时是否做过心脏筛查？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

北京嫣然天使儿童医院

电话：010-84781977 转 8102

网址：www.smileangelhospital.org.cn

通讯地址：北京市朝阳区望京东园 519 号 客服部颅颌组收 邮编：100102



北京嫣然天使儿童医院资助申请表

5. 是否有先天性心脏病?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如有, 请简述病情: _____	
6. 是否接受过心脏手术?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7. 是否患有传染性疾病?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8. 是否为早产?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否因早产住过 NICU? (如有需在附件中附病历)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
NICU 住了几次?	_____次
9. 是否用过呼吸机?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如用过, 用的是有创呼吸机还是无创呼吸机?	<input type="checkbox"/> 有创 <input type="checkbox"/> 无创
10. 是否有营养治疗史?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
11. 是否有神经系统发育不良史? (如有需在附件中附病历)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
12. 是否有癫痫?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如有, 是原发性癫痫还是继发性癫痫?	<input type="checkbox"/> 原发 <input type="checkbox"/> 继发
如有, 是否规律服药?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
13. 如有其他病情, 请说明: _____	

申请请务必提交以下文件:

北京嫣然天使儿童医院

电话: 010-84781977 转 8102

网址: [www.smileangelhospital.org.cn](http://www.smileangelhospital.org.cn)

通讯地址: 北京市朝阳区望京东园 519 号 客服部颅颜组收 邮编: 100102



北京嫣然天使儿童医院资助申请表

**附件一 贫困证明（原件）**

要求：由所在地区乡镇政府、民政部门、村委会或者居委会（任意一方即可）出具一份家庭经济状况证明，对家庭情况及导致贫困原因进行说明，由负责人签字并盖章。（\*建档立卡户和低保户只需要提供建档立卡户和低保户证件复印件）



北京嫣然天使儿童医院资助申请表

**附件二 身份证明（复印件）**

1. 患者的户口本（患者页及关系页）或医学出生证明（复印件）
2. 申请人父母（或监护人）的身份证或户口本（复印件）





北京嫣然天使儿童医院资助申请表

**附件三 患儿病情诊断（原件）**

1. 唇腭裂确诊时诊断证明（如有，需附）
2. 相关医疗检查报告
  - a) 所在地医院出具的内科诊断书
  - b) 血常规
  - c) 心脏彩超(或者胸透)
3. 因早产住 NICU 的病历（如住过 NICU，需附病历）
4. 神经系统发育不良史病历（如有神经系统发育不良的治疗，需附病历）

**审核意见**

北京嫣然天使儿童医院意见：

（盖章）

年 月 日

注：申请人无需填写审核意见