

申报材料真实性声明

本人提交如下材料：

1. “集善阳光鹿童基金”知情同意书
2. “集善阳光鹿童基金”救助申请登记审批表
3. 患儿医疗信息登记表
4. 患儿及监护人身份证明(身份证、户口本)
5. 家庭贫困证明
6. 家庭故事
7. 监护委托书

本人是申请人（患儿姓名）：_____（身份证号：_____）的法定监护人，我自愿为其申请集善阳光鹿童基金救助并对以上申请材料内容的真实性、有效性负责。

监护人签字（按手印）：

申报日期： 年 月 日

填制说明

申请人所需提供的身份及病情诊断证明材料

- 1、能证明申请人及其父母（或法定监护人）关系的材料：户口簿和身份证（复印件）。如户口簿无法证实监护关系的，须提供申请人出生证明或派出所开具的监护关系证明原件；
- 2、申请人最新病情医学检查报告单复印件；
- 3、低保、军烈属等家庭、孤儿及因残、病、突发事件等导致贫困的家庭，需提供相应的证明或证件复印件。
- 4、以上材料附后，与本申请表一起申报，有需留存的资料请自行复印备份。

要求：

- 1、黑色签字笔书写；
- 2、监护人不会写字者可找人代写，但监护人必须按手印；
- 3、家庭故事请尽量填写详细，主要描述家庭中是否有对社会特殊贡献的人和事以及家庭具体贫困程度，造成贫困的原因等

集善阳光鹿童基金知情同意书

- 一、本资助申请表由中国残疾人福利基金会“集善阳光鹿童基金”管理委员会（以下简称“基金管理委员会”）制作，解释权归基金管理委员会所有；
- 二、该项目救助范围为符合救助条件的具有中国国籍的家庭贫困脑瘫儿童；
- 三、申请人的所有申报资料由申请人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，对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，基金管理委员会将追索其所获得的全部资助资金，情节严重者将依法追究法律责任；
- 四、该基金为年度资助，同一申请人接受资助满 1 年后须经重新评估后确定是否可申请继续救助，同一申请人最长接受救助时间不超过 2 年（即 24 个月）；
- 五、本申请表的递交并不代表已经评审获得基金救助，基金管理委员会负责所有申报资料的审核和审批工作，审批结果将及时通知申请人，此申请材料一经递交不予退回
- 六、被审批通过可接受救助的申请人所涉及的资助款项包括被救助期间的治疗费和康复训练指导费和部分生活补贴，该款项由基金管理委员会按计划统一协调拨付至对申请人实施救助的康复中心，被救助期间所发生的其余费用包括食宿等生活费用自理。
- 七、被审批通过可接受救助的申请人在接受救助期间须由至少 1 名监护人或由监护人书面委托的委托人全程陪护。
- 八、被审批通过可接受救助的申请人及其监护人或监护委托人在被救助期间均有义务配合参与由基金管理委员组织的各种公益宣传和媒体采访活动且同意公开使用期间所拍摄的照片、影像等相关资料用于合法公益宣传。
- 九、被审批通过可接受救助的申请人及其监护人或监护委托人在被救助期间须接受救助项目的统一管理，自觉遵守相关规定并有责任和义务在对申请人实施救助的康复中心参与适当力所能及的义工工作。
- 十、基金管理委员会仅对此专项在资金方面予以资助，不承担治疗效果及风险等方面的责任，任何与患儿之间的法律纠纷将由对申请人实施救助的康复中心和家属双方自行解决。

我确认已经阅读了以上全部条款，并同意所有相关规定。

监护人签字（按手印）：

“集善阳光鹿童基金” 救助申请登记审批表

患儿姓名		民族		身份证号			
户籍所在地							
父 亲				母 亲			
姓名		民族		姓名		民族	
健康状况		学历		健康状况		学历	
身份证号				身份证号			
工作单位				工作单位			
月收入		职务		月收入		职务	
联系电话				联系电话			
电子邮件				电子邮件			
家庭地址				家庭地址			
邮政编码				邮政编码			
其 他 家 庭 成 员 情 况	姓 名	年 龄	患儿关系	身份证号	工作或学习单位及职务		

家庭 状况	家庭人口		劳动力数	
	年总收入		户籍性质	A、农业 B、非农业
	是否低保	☐ 是 ☐ 否	医疗保险	☐ 无; ☐ 城镇医保; ☐ 新农合; ☐ 其他 _____
家庭经济 收入来源				
家庭所在 地村委会 或民政部 门证明	(盖章)			
	(仅证明家庭贫困状况是否符合当地贫困标准) 年 月 日			
	经办人		联系电话	
阳光鹿童康复中心审查意见:				
(盖章)				
年 月 日				
基金管理委员会审查意见:				
(盖章)				
年 月 日				

患儿医疗信息登记表

患儿姓名		性 别		出 生 日 期	年 月 日
脑瘫确诊医院				确 诊 时 间	年 月
手术情况	☐ 有 ☐ 无			手 术 时 间	年 月
手术名称				有无残疾证	☐ 有 ☐ 无
时 间	其他病史（患儿病情按时间顺序描述）				
时 间	之前接受过的治疗（说明何时在哪家医院或者机构接受何种治疗）				
运 动 能 力 自 述					
坐稳情况					
站立情况					
行走情况					

脑瘫诊断证明复印件粘贴于本页

身份证明复印件

申请人（患儿）身份证明：

身份证或户口或出生证复印件粘贴处
(如患儿没有以上身份证明，请提供其
他可证明材料)

申请人（患儿）被监护关系证明

申请人（患儿）户口关系页复印件

监护人身份证明（父亲）：

身份证复印件

监护人监护关系证明（父亲）：

监护人户口关系页复印件

监护人身份证明（母亲）：

身份证复印件

监护人监护关系证明（母亲）：

监护人户口关系页复印件

家庭贫困证明

低保证明

低保证明粘贴处

残疾证明

残疾证明粘贴处

家 庭 故 事

详细填写家庭故事有助于您救助申请的通过，如此页不够可另附 A4 纸

监护委托书

本人(姓名:_____身份证号:_____)

是申请人(姓名:_____身份证号:_____)

的监护人,因个人原因无法在其接受救助康复期间亲自陪同监护,特

委托(姓名)_____ (身份证号:_____)

陪同监护,特此委托。

监护人签字(按手印):

受托人签字(按手印):

委托日期: 年 月 日

受托人身份证明:

委托人身份证复印件

注:患儿未由监护人委托他人护理的无需填写此页