

档案编号: _____



云加益

“云加益重疾救助”
项目知情同意书

申请人（签字按手印）： _____

日期： _____

目 录

通 则.....	1
申请须知.....	2
票据及拨款原则.....	3
转捐说明.....	4
转捐声明.....	4
申请表.....	5
生命故事及相关照片使用授权书.....	6
肖像及资料授权书（0-18 岁版）.....	7
肖像及资料授权书（18 岁以上版）.....	8
申请材料明细清单.....	9
部分资料填写示范.....	10

云加益

通 则

感谢您对云加益的信任和支持，我们致力于为重病患者提供医务社工服务，助力重病患者早日康复，让生命种子都开花！

1. 本知情同意书由昆明市呈贡区云加益社会工作服务中心编制，最终解释权归云加益所有。
2. 本项目服务对象为具有中国国籍的贫困重病患者。
3. 按照云加益重疾救助公益活动公开原则，患者及患者家庭情况等信息将根据参与的项目及平台要求进行披露，患者及监护人对此理解并同意。
4. 云加益重疾救助项目组收到申请资料后的 2 个工作日内完成审核工作，并将审核后的结果反馈患者或监护人。本申请资料的递交并不代表可以获得救助，申请资料一经递交不予退回。

患者（或法定监护人）阅读并同意后签字（手印）：_____

_____年____月____日

申请须知

1. 患者申报资料提交或救助项目上线后，不代表云加益将负担患者所有医疗费用，本救助仅限于项目内明确约定的期限和额度内实际所筹集到的医疗费用的执行。
2. 患者的所有申报资料由患者本人（有民事行为能力的成年患者）或其法定监护人（未成年患者或无民事行为能力的患者）负责填写，对于有实际填报困难的，可由志愿者协助填写并由本人或家属用钢笔或签字笔亲自签名确认，必须字迹清楚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，云加益将追索其所获得的全部医疗救助费用，情节严重者将对其采取行政或法律手段。
3. 所有申请者的照片、家庭和医疗情况等相关资料均会根据项目参与的救助项目及平台要求进行相关披露，以便获得资助；救助过程中及项目结束后，患者或其监护人有义务向云加益重疾救助项目组提供反馈信息和照片等。救助实施情况及进展，如捐款的收入和支出等云加益将通过简报、快讯、网站、媒体等多种形式向有关部门和社会公众及时公布，接受公众监督。所有得到医疗救助的患者及其监护人均有责任和义务配合云加益用于公益目的的宣传和采访活动，并同意使用照片、录像等资料。
4. 您申请云加益重疾救助的同时，我们建议您寻找多途径救助资源，便于患者早日得到帮助；但不能同时申请已与云加益意向约定的相同救助平台资源（腾讯乐捐、水滴公益等），如有其他同类项目隐瞒不报者，一经发现将停止救助。
5. 患者出院后，如患者或监护人回居住地办理医保或商业保险报销的，云加益倡议患者或监护人将多余报销部分捐赠给云加益重疾救助项目用于帮助其他患者，实现爱的传递。

患者（或法定监护人）阅读并同意后签字（手印）：_____

_____年____月____日

票据及拨款原则

1. 根据筹款平台不同, 项目组将根据相关法律法规, 收取不超过 10% 的项目执行费用。
2. 通过云加益重疾救助获得的捐款, 原则上专项用于医疗救助, 捐款到达机构账户后患者可提前 5 个工作日按治疗进度申请拨款。

3. 有效票据分为医院内发票和医院外发票:

其中, 医院内发票包含门诊及住院发票、各地医保单位报销的医保结算单、商业保险结算单;

医院外发票包含外送检查发票 (需提供对应检查报告)、外购药发票 (需提供处方或医嘱)。

注意: 票据金额单张自付金额需大于 100 元。

4. 发票不可重复核销;

5. 根据参与项目的不同要求, 可申请拨付至医院或个人, 需提供参与项目月份前 11 个月内不低于拨付金额的有效票据 (以项目规定为准)。

特殊情况: 申请云加益重疾救助拨款时原则上凭票拨付, 但如遇特殊情况暂无法提供票据者时可与负责医务社工联系。

备注: 1) 本条款中的公章指医院或医疗机构的收费专用章、财务章、发票章等具有同等法律效应的章;

2) 收款人和患者不是同一人时, 需要提供关系证明, 例如结婚证复印件或居委会开具的结婚证明或家庭户口本等。(注: 收款人是指患者的直系亲属)

患者 (或法定监护人) 阅读并同意后签字 (手印): _____

_____年____月____日

转 捐 说 明

募捐款项为公益资产，其所有权属于社会而不属于患者个人，患者仅在使用该资金支付其本人的治疗费用上拥有特定的请求权。若出现以下情况捐款未使用，云加益重疾救助项目组将根据实际状况进行评估，并统筹安排用于资助其他待救助的患者：

- (1) 患者项目自拨款之日起连续九个月，求助患者没有按照指定用途使用捐款；
- (2) 治疗结束一年后的余款(血液肿瘤类为进入维持期后一年)；
- (3) 申请提前拨款，六个月内未按规定提供相关票据和手续核销；
- (4) 患者医治无效过世；
- (5) 其他事先约定的情况。

患者（或法定监护人）阅读并同意后签字（手印）： _____

_____年____月____日

转 捐 声 明

身份选填其一：

1. (成年) 本人姓名 _____，本人身份证号： _____
2. (未成年) 本人为 _____ 监护人 _____，本人身份证号： _____

感谢广大爱心人士对 _____ 的关心与帮助。我们通过云加益重疾救助得到社会的帮助，现患者治疗结束，后续无需进行治疗，本人现同意将通过项目组所募集剩余善款全部转捐给云加益重疾救助项目，用于救助其他患者使用。

患者（或法定监护人）签字（手印）： _____

【备注：治疗结束特指患者无需再次进行治疗。如果是阶段性出院或定期复诊，剩余善款该患者仍可继续使用。】

申请表

患者姓名		性别		身份证号码	
民族		年龄		户籍	
现治疗医院		确诊时间		疾病种类	
后期治疗方案		主治医生姓名		主治医生电话	
目前治疗进展		医保种类		医保报销后自费承担治疗费金额	
家庭成员情况					
姓名	年龄	与申请人关系	身份证号码	职业	联系电话
收入来源				患病后债务	
家庭经济情况	有无房产：____，如有数量、市值、目前状态____ 有无车辆：____，如有数量、市值、目前状态____ 其他资产，请说明：____ 是否有商业保险：____ 上年度家庭总收入：____元；人均收入：____元				
求助陈述					

我声明以上所填写内容真实。患者/直系亲属签名（手印）：_____

申请材料明细清单

序号	材料内容	份数	复印件/原件	详情
1	项目知情同意书	1	原件	有民事行为能力的成年患者由本人签字按手印，未成年患者及无独立民事行为能力的患者由监护人签字按手印。
2	患者身份证明	1	复印件	患者身份证明：身份证正反面或出生证明。
3	直系亲属身份证明	1	复印件	未成年人患者监护人双方或成年患者一位直系家属的身份证正反面。
4	患者家庭户口本	1	复印件	1) 如患者与父母/夫妻在同一本户口本上，则复印该本户口本全套； 2) 如患者与父母/夫妻不在同一本户口本上，则需复印两本户口本的首页、户主页和患者父母/夫妻个人页。
5	医学诊断证明书	1	原件	须有医院盖章，开具日期为求助日两个月内，有效期九个月。
6	病情证明材料	1	原件或复印件	病历、检查报告、出院证明中的至少其中一种，近两个月内，有效期九个月。
7	经济证明材料	1	原件	患者及患者家庭所在村委会（居委会）、乡镇（街道办）开具的二级困难证明原件或低保证/建档立卡贫困户复印件等经济情况的证明（提供其中之一即可），证明开具日期为求助日半年内，有效期一年。

注明：递交表格和材料并不代表已经获准得到资助。

请完整清楚地阅读并填写项目全套《知情同意书》，并准备好以上相关证明材料，递送云加益社工或邮寄至云加益重疾救助项目组（邮寄之前请与对接社工确认邮寄地址）

地址：云南省昆明市五华区东风西路 182 号云南核工业商务楼 3 楼

收件人：云加益重疾救助项目组 电话：1388885225



部分资料填写示范

申请表

患者姓名	张三	性别	男/女	身份证号码	18 位数字
民族	汉族	年龄	8 岁	户籍	云南省昆明市
现治疗医院	昆明市儿童医院	确诊时间	2020.3	疾病种类	急淋/急髓/再障
后期治疗方案	化疗/移植	主治医生姓名	王五	主治医生电话	0873-xxxxxxx
目前治疗进展	第五疗程	医保种类	新农合/城镇医保	医保报销后自费承担治疗费金额	15 万
家庭成员情况					
姓名	年龄	与申请人关系	身份证号码	职业	联系电话
张 xx	35	父子/父女	18 位数字	农民/职员	11 位数字
李 xx	33	母子/母女	18 位数字	农民/职员	11 位数字
张 X	15	姐妹/姐弟	18 位数字	学生	11 位数字
收入来源	务农/打工/经商等			患病后债务	10 万 (金额应小于医保报销后自费承担治疗费金额)
家庭经济情况	有无房产: <u>无</u> , 如有数量、市值、目前状态 <u>如有, 可填市值及贷款或农村自建</u> 有无车辆: <u>有</u> , 如有数量、市值、目前状态 <u>目前市值</u> 其他资产, 请说明: <u>无 或 有</u> 是否有商业保险: <u>有/无</u> 上年度家庭总收入: <u>(大约估计)</u> 元; 人均收入: <u>总收入除以家庭人口数</u> 元				
求助陈述	请从如下几点进行叙述: 1. 患者病情治疗情况: 什么病, 现治疗阶段, 后续将进行哪些治疗, 等等; 2. 患病后家庭债务: 已花费多少钱, 费用缺口为多少, 现以申请的经济资助有哪些等等; 3. 患者闪光点: 如有什么心愿, 爱好是什么等等;				

我声明以上所填写内容真实。患者/直系亲属签名: 张三/张 xx+手印

肖像及资料授权书（0-18 岁版）填写示范

授权方：【 填患儿姓名 】

身份证号：【 填患儿 18 位身份证号 】

联系电话： 填家长 11 位电话号码

被授权方：【昆明市呈贡区云加益社会工作服务中心】

联系地址： 云南省昆明市五华区东风西路 182 号云南核工业商务楼 3 楼

鉴于授权方为被授权方发布的【 不用填 】公益项目（下称“公益项目”）的受助人，为方便被授权方开展相关项目推广，现授权方做出如下授权：

一、授权内容

授权方同意基于宣传公益项目的目的，无偿及包含转授权的情况下授予及许可被授权方及其关联公司在宣传过程使用授权方肖像、姓名及授权方的基本信息（如年龄，家庭状况，目前困境）（下称“授权内容”）。

二、授权范围及限制

1、授权方授权被授权方及其关联公司在全球范围的平面媒体、网络媒体等全媒体平台上（包括但不限于被授权方官网、支付宝公益平台、电视广告、线下一户外广告等）推广和使用授权内容，使用目的仅限于公益项目的推广，不得用于其他任何商业或非商业用途。

2、被授权方可以根据推广需求对带有授权方肖像、姓名等授权内容的物料进行合理的改动和加工，被授权方的修改应保证不得损害授权方形象或将其改成毁谤、淫秽或者任何违法资料。

3、授权期限为：永久。

以下内容由【填患儿姓名】父亲或母亲或监护人填写。

我是【填患儿姓名】的父亲或母亲或监护人，有权执行上述授权。我同意上述所有内容，本授权书由本人签署。本人姓名：【填监护人姓名】；身份证号：【填监护人 18 位身份证号】。

授权人签字（手印） 填患儿姓名+按手印

监护人签字（手印） 填监护人姓名+按手印

日期：_____年____月____日

附件：肖像信息

肖像及资料授权书（18 岁以上版）填写示范

授权方：【 填患者姓名 】
身份证号：【 填患者 18 位身份证号 】
联系电话： 填患者或地系家属 11 位电话号码

被授权方：【昆明市呈贡区云加益社会工作服务中心】

联系地址： 云南省昆明市五华区东风西路 182 号云南核工业商务楼 3 楼

鉴于授权方为被授权方发布的【 不用填 】公益项目（下称“公益项目”）的受助人，为方便被授权方开展相关项目推广，现授权方做出如下授权：

一、授权内容

授权方同意基于宣传公益项目的目的，无偿及包含转授权的情况下授予及许可被授权方及其关联公司在宣传过程使用授权方肖像、姓名及授权方的基本信息（如年龄，家庭状况，目前困境）（下称“授权内容”）。

二、授权范围及限制

1、授权方授权被授权方及其关联公司在全球范围的平面媒体、网络媒体等全媒体平台上（包括但不限于被授权方官网、支付宝公益平台、电视广告、线下户外广告等）推广和使用授权内容，使用目的仅限于公益项目的推广，不得用于其他任何商业或非商业用途。

2、被授权方可以根据推广需求对带有授权方肖像、姓名等授权内容的物料进行合理的改动和加工，被授权方的修改应保证不得损害授权方形象或将其改成毁谤、淫秽或者任何违法资料。

3、授权期限为：永久。

授权方签名（手印）： 填患者姓名+按手印

日期： ____年__月__日

附件：肖像信息