附件2

“暖心威海”先心病患儿救助项目审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患儿姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  | 民族 |  | 照  片 |
| 父母（亲属）姓名 |  | 与患儿关系 | |  | 联系电话 |  | |
|  |  |  | |
| 家庭住址 |  | | | | | | |
| 患儿身份 | □低保家庭□脱贫享受政策家庭□低保边缘家庭 □普通家庭 □ 孤儿 □ 困境儿童  □其他 | | | | | | | |
| 个人或监护人申请 | 我自愿申请参加“暖心威海”先心病患儿救助项目，接受手术治疗，并按规定承担相应风险。  申请人（监护人）签字（手印）： | | | | | | | |
| 威海市慈善  总会意见 | （公章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 上海医大医院意见 | （公章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 注：此表一式二份，威海市慈善总会、上海医大医院各存一份。 | | | | | | | | |