附件3

先天性心脏病患儿救助项目基金会救助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | 出生日期 |  | 照片 |
| 身份证号 | |  | | | | 年 龄 | 周岁 |
| 家庭住址 | |  | | | | 联系电话 |  |
| 户籍地址 | |  | | | | 家庭人口 | 人 |
| 家庭成员情况 | | 姓 名 | | 与本人关系 | | 身份证号 | | 联系电话 |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
| 服务对象基本情况 | | 该患儿因患有先天性心脏病，需进行手术治疗，现向基金会申请人道救助。 | | | | | | |
| 村（居）委会意见 | | | | | | 镇（街）意见 | | |
| 年 月 日  （盖章） | | | | | | 年 月 日  （盖章） | | |
| 村（居）委会联系电话： | | | | | | | | |