

申请中国梦·脊梁工程手术治疗费救助知情同意书

郑重声明

智善公益基金会由企业家姚立武、杜爱祥、林国文、朱成健、何宝华、王丹、袁恩泽、邵健伟和上海裕金实业有限公司共同捐资人民币一亿元设立。中国梦·脊梁工程是智善公益基金会（以下简称基金会）救助脊柱侧弯贫困青少年的公益慈善项目，采取患者自筹与社会救助、基金会捐助相结合的办法，对部分手术治疗费不足的贫困青少年患者进行救助，帮助贫困患者恢复健康，挺起脊梁，放飞梦想。患者在申请救助前，必须阅读并同意以下郑重声明：

1. 脊柱侧弯手术具有一定风险，是否手术由患者及其法定监护人审慎决定。手术医院由患者及其法定监护人（以下简称监护人）选择，但必须是省会城市的三级甲等医院。

2. 申报资料由患者及其监护人填报，并保证真实完整。对申报资料中出现的虚假、隐瞒、伪造等行为，一经发现，基金会将不予捐助，并保留追究法律责任的权利。

3. 基金会原则上不受理患者住院后提交的申请。对使用进口医疗材料的患者不予救助。

4. 基金会根据患者或其监护人的申请，对符合救助条件的患者只捐助一次。患者及其监护人须同意基金会将捐助款直接汇入手术医院账户，由医院全部用于患者住院期间的手术医疗费用，患者及其监护人保证不挪作他用。除此之外，患者的交通费、住宿费、餐费以及其它费用自理。

5. 基金会将把申请救助的案例，委托具有公募资格的平台，面向公众发起募捐。基金会对获得捐助的患者及其监护人的相关文字、照片、影像等资料有无偿使用权。

6. 申请之日起 10 个月内，求助人要住院治疗，否则视为自动放弃救助资格。基金会的捐助款汇入医院账户 2 个月内患者未实施手术，由医院将捐款全部退还给基金会。患者今后如需救助，须重新申请。

7. 患者及其监护人必须配合医院为基金会提供与基金会捐赠额相符的医药费发票。当患者提供的发票金额不足基金会捐款额时，患者必须退回差额部分的现金。否则，基金会将通过法律程序追回捐助款。当基金会捐赠数额 + 患者实际支付数额 = 医院提供的个人医疗费用总和，并经过医患双方核实后，患者及其监护人不得向医院或基金会就账目问题提出无理要求，不得要求基金会提供捐赠费用发票复印件。

8. 基金会根据《中国梦·脊梁工程手术费捐助协议书》所捐赠的手术治疗费为公益慈善性质，对患者手术治疗结果不承担任何责任，因手术治疗产生的一切争议均与基金会无关。

9. 如果发现患者有攻击党和政府言论、对社会不满、打骂父母和医护人员等行为，基金会不予捐助。已经捐助的，基金会将通过法律手段追回捐赠款。

10. 整个救助过程中，基金会不向患者收取任何费用，不向申请者索要银行卡号信息。如果发现在申请过程中，有人向申请者收取钱物，请立即向基金会或民政部基金会管理处举报。如果发现申请者向秘书处工作人员或志愿者赠送钱物，基金会将拒绝救助。

阅读并同意以上声明者，方可申请救助。

患者签字：

患者监护人签字：

日期：

一、申请条件

- 1、经医院确诊符合手术条件的脊柱侧弯患者（原则上为 30 周岁以下）。
- 2、患者无违法犯罪史，家庭无超计划生育问题。
- 3、同意并接受基金会的捐助条件，自愿签定《中国梦·脊梁工程手术费捐助协议书》。
- 4、乐于助人，曾经帮助过其他贫困脊柱侧弯患者。
- 5、有 3 份家庭贫困证明（在以下 6 项中任选 3 项，所有贫困证明必须按照基金会官网下载的统一格式出具）。

①低保证；

②残疾证；

③在校学生所在学校及班主任写证明、盖章并注明联系电话（大学生可由院系出具证明）；

④村委会（居委会）写证明、盖章并注明联系电话；

⑤乡镇（街道办事处）或其下设的民政办（社会事务办公室）写证明、盖章并注明联系电话；

⑥由 5 户邻居出具家庭贫困证明。

二、申请前请将以下资料拍成清晰的数码照片，以备上网填报申请：

- 1、患者及其监护人的身份证和家庭户口本全部页面；
- 2、患者正面照 1 张，裸背照 2 张（正面、侧面）；
- 3、家庭贫困证明；
- 4、家庭实景照片（房屋外景、室内陈设、家具、卧室、厨房、卫生间等）5 张；
- 5、医院诊断患有脊柱侧弯的证明或病历，近期 X 光或 CT、磁共振片（站立正侧位、全脊柱）；
- 6、患者本人亲笔写的求助信（如果患者幼小，可由监护人代笔并注明）。

三、申请方式

患者须登陆智善公益基金会网站（网址：www.zhishanjijin.cn）或乐善会网站（网址：www.leshanhui.com.cn）提交申请。

四、申请流程

第一步：上网申请。网上提交资料后，基金会秘书处工作人员将与申请者及其家属电话沟通，了解患者对智善公益基金会、《申请中国梦·脊梁工程手术治疗费救助知情同意书》的认知情况。初审通过后，乐善会平台系统会短信通知求助者邮寄资料。

第二步：邮寄资料。求助者将以下资料邮寄至基金会秘书处：

- ①《手术费救助申请表》1 份（智善公益基金会网站下载后签字）；

- ②患者及其监护人签字同意的《知情同意书》1份（智善公益基金会网站下载后签字）；
- ③本人亲笔写的求助信1份（如果患者幼小，可由监护人代笔并注明）；
- ④患者及其监护人的身份证复印件各1份，患者家庭户口本上全部成员的页面复印件1份；
- ⑤各种家庭贫困证明原件（残疾证和低保证提供复印件）；
- ⑥患者的医院诊断证明书或脊柱侧弯病历复印件1份；
- ⑦求助者兄弟姐妹3人的，由乡镇（街道）计划生育办公室出具申请人家庭无超计划生育问题证明原件1份。（如果申请者选择5户邻居出具家庭贫困证明，本项可不提供。）

邮寄地址：北京市海淀区中关村南大街2号、数码银座903室 邮政编码：100086

收件人：智善公益基金会秘书处 联系电话：01057253101 01057253102

第三步，审核调研。秘书处审核纸质材料，派员核实求助者的家庭贫困情况及证明，并委托相关医生根据患者X光片，预估手术费用。根据调研情况，报批救助额度，通知求助者。

五、救助步骤

1、申请救助者自己选择医院入住。住院后，把住院号、ID号、主治医生姓名、手术时间，打电话告知秘书处。

2、签订《协议书》。工作人员或委托志愿者到医院，与申请救助者及其监护人、医护人员见面，核实情况，并与申请救助者及其监护人签订《协议书》，同时记录照片或视频资料。

3、网银汇款。秘书处根据理事会批复意见，将救助款通过网银汇至申请救助者在医院的账户。

六、注意事项

1、基金会将派员对每位申请救助者进行家访，并与出示贫困证明的单位或个人进行验证，如发现虚假、伪造或隐瞒等行为，基金会将不予捐助，并保留追究法律责任的权利。

2、求助信、各级各部门开具的家庭贫困证明抬头必须写：智善公益基金会。所有证明、求助信以及个人签字必须用签字笔或蓝黑钢笔书写，不能用圆珠笔和铅笔。

3、基金会不受理患者上门求助，请患者不要到基金会办公地点申请。

阅读并同意以上内容者，方可申请救助。（请将本《知情同意书》打印1份，一起邮寄）。

患者签字：

患者监护人签字：

日期：