

“嫣然天使基金”资助申请表

患者照片

（唇裂患者提供正面照片；腭裂患者提供口腔内部照片；唇腭裂患者提供正面照片及口腔内部照片）

患者姓名：_____ 性别：_____ 出生日期：_____

通信地址：_____ 省_____ 市（县）_____

联系人：_____ 电话、手机：_____

患者目前体重：_____ 邮编：_____

电子邮件：_____

申报日期：_____ 年 月 日

中国红十字基金会“嫣然天使基金”办公室

电话：4008102727 15601182727

传真：010-84721505

网址：www.smileangelfoundation.org

通讯地址：北京市朝阳区酒仙桥路10号恒通商务园58号楼B36A座301室 嫣然天使基金收 邮编：100015

申报须知

1. “嫣然天使基金”资助申请表由中国红十字基金会“嫣然天使基金”办公室印制并负责解释；
2. “嫣然天使基金”资助范围为贫困家庭的唇腭裂患者的首次缝和手术；
3. 患者的所有申报资料由患者或患者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；
4. 本申报表的递交并不表明肯定获得资助；
5. “嫣然天使基金”办公室负责所有申报资料的审核和建档工作；
6. 得到嫣然天使基金资助的唇腭裂患者，嫣然天使基金承担患者的全部医疗费用。
7. 对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，评审办公室将不予资助。（可以和第三条合并到一块）
8. 获得资助的患者或患儿监护人均有责任和义务为评审办公室提供必要的文字、照片、影像等资料，配合评审办公室的宣传和采访活动，并同意使用其照片、影像等资料。

我确认已经阅读和知悉了以上全部条款，并同意所有申报规定。

患者或患儿监护人签字：

年 月 日

申请登记表

患者姓名		性别	
出生日期	年 月 日	民族	
户口所在地	省（市） 市（县）		
患病类型： <input type="checkbox"/> 唇裂 <input type="checkbox"/> 腭裂 <input type="checkbox"/> 唇腭裂 <input type="checkbox"/> 其它_____			
户口类型： <input type="checkbox"/> 农户 <input type="checkbox"/> 非农户（请提供户口本首页复印件证明）			
社保类型： <input type="checkbox"/> 城镇社保 <input type="checkbox"/> 新农合			
父亲姓名		电话	
文化程度		工作性质	
母亲姓名		电话	
文化程度		工作性质	
家庭主要收入来源			
家庭所在地区情况（下列情况证明请由相关部门如实填写）			
家庭年总收入		当地人均年收入	
家庭劳动力人口		家庭人口	
家庭所在地区居委会/村（乡/镇）政府和县级以上红十字会/民政局盖章及意见			

中国红十字基金会“嫣然天使基金”办公室

电话：4008102727 15601182727

传真：010-84721505

网址：www.smileangelfoundation.org

通讯地址：北京市朝阳区酒仙桥路10号恒通商务园58号楼B36A座301室 嫣然天使基金收 邮编：100015

“嫣然天使基金”资助申请表

负责人		电话（必填）	
患 儿 日 常 生 活 照 片			
粘 贴 处			

全 家 合 影 照 片			
粘 贴 处			
家庭住房情况	<input type="checkbox"/> 有房产	<input type="checkbox"/> 土坯房 <input type="checkbox"/> 砖瓦房 <input type="checkbox"/> 其它_____	
	<input type="checkbox"/> 租 房	月租金 _____ 元	
主要交通工具			

备注：全家合影照片最好是在自家住房前的合影（此页是必填项）

中国红十字基金会“嫣然天使基金”办公室

电话：4008102727 15601182727

传真：010-84721505

网址：www.smileangelfoundation.org

通讯地址：北京市朝阳区酒仙桥路10号恒通商务园58号楼B36A座301室 嫣然天使基金收 邮编：100015

患者医疗情况简述（必填）

患者在治疗过程中的介绍：（请参考后面的附注说明，尽可能详细一些）

1. 唇腭裂是否接受过手术治疗？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2. 在哪家医院进行治疗？ _____ 效果如何？ 手术日期？	<input type="checkbox"/> 满意 <input type="checkbox"/> 不满意
3. 是否进行过术前正畸治疗？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. 现在是否有上呼吸道感染、发热及胸腺肥大等情况？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5. 出生时是否做过心脏筛查？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6. 是否有先天性心脏病？ 病情简述： _____ _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7. 是否接受过心脏手术？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8. 是否患有传染性疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
9. 是否需要语音治疗申请？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
10. 如有其他病情，请说明。	

申请请务必提交以下文件（附件 1~3 均为必需）：

中国红十字基金会“嫣然天使基金”办公室

电话：4008102727 15601182727

传真：010-84721505

网址：www.smileangelfoundation.org

通讯地址：北京市朝阳区酒仙桥路10号恒通商务园58号楼B36A座301室 嫣然天使基金收 邮编：100015

附件一 贫困证明（原件，另附，无需粘贴）

要求：由所在地区红十字会、乡镇政府、民政部门、村委会或者居委会（任意一方即可）出具一份家庭经济状况证明，对家庭情况及导致贫困原因进行说明，由负责人签字并盖章，并预留负责人电话。

附件二 身份证明（复印件，另附，无需粘贴）

1. 医学出生证明（复印件）或民政部门开具的收养证明（复印件）；
2. 申请人父母（或监护人）的身份证复印件；
3. 患者所在户口本所有页 复印件；
4. 上述三项材料必须齐全，如有疑问，还请电联 400-810-2727.

附件三 患儿病情诊断（原件，另附，无需粘贴）

1. 唇腭裂确诊时诊断证明（如有）
2. 相关医疗检查报告（近五天内的）
 - a) 所在地医院出具的内科诊断书（如有）
（证明孩子近期没有感冒发烧等症状）
 - b) 血常规（必需）
 - c) 心脏彩超（必需）

审核意见（申请人无需填写）

嫣然天使基金审核意见：

（盖章）

年 月 日

定点医院意见：

（盖章）

年 月 日

注：申请人无需填写审核意见

中国红十字基金会“嫣然天使基金”办公室

电话：4008102727 15601182727

传真：010-84721505

网址：www.smileangelfoundation.org

通讯地址：北京市朝阳区酒仙桥路10号恒通商务园58号楼B36A座301室 嫣然天使基金收 邮编：100015



嫣然天使基金语音治疗救助申请表

编号：

姓名		性别		申请日期	
出生日期		监护人		身份证号码	
家庭地址				联系电话	
				籍贯	
唇腭裂类型			患者所经历的诊治医院及主刀医生		
患者所经历的手术名称及时间					

中国红十字基金会“嫣然天使基金”办公室

电话：4008102727 15601182727

传真：010-84721505

网址：www.smileangelfoundation.org

通讯地址：北京市朝阳区酒仙桥路10号恒通商务园B36A座301室 嫣然天使基金收 邮编：10001

语音 情况调查	1、家长能否听懂孩子说话?		
	2、别人能否听懂孩子说话?		
	3、孩子能讲长句子吗?		
	4、孩子能讲长故事吗? 讲故事时鼻子会不会漏气?		
	5、孩子能吹气球吗?		
	6、孩子连续讲话时会不会累?		
(以下内容由嫣然天使基金填写)			
语音 清晰度			
语音最佳 治疗期		线上治疗 <input type="checkbox"/>	线下治疗 <input type="checkbox"/>
是否需要 序列治疗		负责人	
审核意见			

中国红十字基金会“嫣然天使基金”办公室

电话: 4008102727 15601182727

传真: 010-84721505

网址: www.smileangelfoundation.org

通讯地址: 北京市朝阳区酒仙桥路 10 号恒通商务园 B36A 座 301 室 嫣然天使基金收 邮编: 10001



申报须知

1. 本申报须知由中国红十字基金会“嫣然天使基金”印制并负责解释；
2. “嫣然天使基金”资助范围为唇腭裂患者的首次修复手术费用、腭咽闭合手术费用及语音治疗的医疗费用；
3. 患者的所有申报资料由患者本人填报，未成年患者须由法定监护人负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性；
4. 本申报表的递交并不表明肯定获得资助；
5. “嫣然天使基金”办公室负责所有申报资料的审核和建档工作；
6. 得到嫣然天使基金资助的语音治疗患者，嫣然天使基金仅承担患者的腭咽闭合手术费用及语音治疗的医疗费用。不承担医疗费用以外的，包括且不限于治疗过程中所产生的交通费、网络通讯费用、住宿费用等生活费用。
7. 语音治疗的效果很大程度上取决于家长的态度，语音治疗不是单向的治疗传输，是一个双向的互动过程，需要患者及家长共同积极配合、长期持续的按照语音治疗师所教授的方法练习。在线课程必须家长陪同孩子并在安静的环境下进行，课后家长需保证督促、陪伴并引导孩子每天坚持按语音老师要求练习。
8. 对申报资料中包括但不限于语音治疗患者救助申请表出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，将不予资助。已资助的即拨款项予以追回，由患者自行承担。
9. 获得资助的患者或患儿监护人均有责任和义务为评审办公室提供必要的文字、照片、影像等资料，配合评审办公室的宣传和采访活动，并同意使用其照片、影像等资料。

我承诺所填写的语音治疗患者救助申请表以及提交的相关资料均属实。

我确认已经阅读和知悉了《申报须知》全部条款，并同意所有遵守《申报须知》的规定。

患者或患儿监护人签字：

年 月 日

中国红十字基金会“嫣然天使基金”办公室

电话：4008102727 15601182727

传真：010-84721505

网址：www.smileangelfoundation.org

通讯地址：北京市朝阳区酒仙桥路10号恒通商务园B36A座301室 嫣然天使基金收 邮编：10001



附件一 身份证明

患者的户口或身份证明（复印件）粘贴处：

申请人父母（或监护人）的身份证或户口证明（复印件）粘贴处：

中国红十字基金会“嫣然天使基金”办公室

电话：4008102727 15601182727

传真：010-84721505

网址：www.smileangelfoundation.org

通讯地址：北京市朝阳区酒仙桥路10号恒通商务园B36A座301室 嫣然天使基金收 邮编：10001