

TianJin
Huaxia OTSF



天津市华夏器官移植救助基金会

成人亲体移植医疗救助项目

申请表

申请资助患者姓名_____

申报须知

1. “成人亲体移植医疗救助”申请表由天津市华夏器官移植救助基金会办公室印制并负责解释;
2. “成人亲体移植医疗救助”资助对象为成人亲体肝脏移植或成人亲体肾脏移植的患者及提供亲体手术的供者;
3. 患者的所有申报资料由患者或患者的直系亲属负责填报, 并保证所有资料的真实性和完整性;
4. 天津市华夏器官移植救助基金会办公室负责所有申报资料的审核和建档工作;
5. 本申报表的递交不表明肯定获得资助; 审核通过, 不代表负担所有医疗费用;
6. 患者手术方案认定及手术后果需由患者本人及直系亲属承担;
7. 对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为, 一经发现, 天津市华夏器官移植救助基金会将不予资助;
8. 获得资助的患者有责任和义务为天津市华夏器官移植救助基金会提供必要的文字、照片、影像等资料, 配合基金会的宣传采访活动, 并同意使用其照片、影像等资料;
9. 所有资助款只用于医疗救助, 并直接划拨到指定医院的账户上。如患者或患者直系亲属擅自取走剩余资助款或开出超出正常剂量的药品, 基金会将会追索资助款, 情节严重的将提起诉讼。

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。

患者及直系亲属签字:

日期: 年 月 日

申请方式及流程

“成人亲体移植医疗救助”是由“天津市华夏器官移植救助基金会”捐款发起，为需要接受亲体肝脏移植手术或亲体肾脏移植手术的患者设立的专项公益项目。为确保资助工作规范、公开、透明，现将有关事项公告如下：

一、资助对象

“成人亲体移植医疗救助”的资助对象为成人亲体肝脏移植或成人亲体肾脏移植的患者及提供亲体手术的供者；患者本人或直系亲属可作为申请人向“天津市华夏器官移植救助基金会”申请资助。

二、资助原则

1. 量入为出：根据接收捐款情况确定资助名额；
2. 资助份额：根据患者病情承担部分医疗费用；
3. 资助权限：资助款只用于医疗救助。

三、申请程序

1. 申请人需通过天津市华夏器官移植救助基金会官方网站下载“成人亲体移植医疗救助”申请表，在完全理解“成人亲体移植医疗救助”申请须知的前提下，填写表格并提交以下内容：
 - (1)患者本人或直系亲属填写的资助申请表；
 - (2)患者身份证明文件（身份证和户口本）复印件；
 - (3)患者直系亲属的身份证明文件（身份证和户口本）复印件；
 - (4)患者最近的血清学检查报告（血常规、肝功能、出凝血）、病历首次病程；
 - (5)患者最近的B超检查结果；
2. 申请资料报送“天津市华夏器官移植救助基金会”负责人

四、审批程序

1. 初审

“天津市华夏器官移植救助基金会”对患者的申请资料进行初审后，会同定点医院对患者进行全面的术前检查、排除手术禁忌症、部分患者会诊，形成基本的医治方案。

2. 审批

亲体肝脏移植或亲体肾脏移植手术供受者提供申请表及相关材料，并接受伦理委员会审核后，提供“天津市卫生健康委员会活体器官移植回复意见表”。

3. 公示

获资助对象名单将在天津华夏器官移植救助基金会官方网站进行为期3-5个工作日公示。

五、汇款

患者所需申请材料审批合格后，资助款将于术前1个工作日或术后1-3个工作日直接汇入指定医院账户。

六、特别约定

因“成人亲体移植医疗救助”为患者提供的是慈善手术，医患双方特作此约定。定点医院为患者提供治疗的时间段截止至患者的病情相对稳定或患者符合出院指征。且该时间段由定点医院根据患者的病情提出建议，“天津市华夏器官移植救助基金会”作出最终决定。

七、最终解释权

以上所有条款最终解释权属“天津市华夏器官移植救助基金会”。

编号：

“成人亲体移植医疗救助”申请表

患者照片（彩色）

患者姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____

移植选项： 亲体肝脏移植 亲体肾脏移植 其他

病情简述：_____

联系人：_____ 与患者关系：_____ 联系电话：_____

通信地址：_____ 省_____ 市（县）_____

邮编：_____ 电子邮件：_____

申报日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 申报结果：_____

★ 本医疗救助仅针对经济困难家庭（按户籍所在省市标准）使用

患者家庭情况简述

患者情况					
患者姓名				性别	
出生日期	年	月	日	民族	
户口所在地	省(市)		市(县)		
户口类型: <input type="checkbox"/> 农户 <input type="checkbox"/> 非农户					
家庭情况					
直系亲属	姓名	关系	年龄	职业	

附件一：申请人身份证及户口本复印件；

附件二：申请人直系亲属的身份证复印件及户口本复印件；

患者医疗情况简述

附件四：患者最近血清学检查报告（血常规、肝肾功能、出凝血）、病历首次病程。

附件五：患者 B 超检查结果。

承诺书：

因患者接受基金会捐赠，出院后将原始住院收费票据交付天津市华夏器官移植救助基金会留存。以上申请资料中如出现虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，患者将失去接受资助资格；如已获资助，依法返还所获得的全部资助款。

患者本人：

患者直系亲属：

年 月 日

材料寄送地址：

天津市南开区红旗南路 388 号塞纳公馆 1609

天津市华夏器官移植救助基金会收

邮编：300192 E-Mail: huaxiahelp@163.com

天津市华夏器官移植救助基金会联系电话：022-87636202