“集善·视界同行”公益项目儿童青少年眼疾资助

申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 联系电话 |  | 身份证 |  |
| 家庭地址 |  |
| 患者家庭状况 | □低保户 □特困户 □返贫致贫人员 ☑残疾人或残疾人家庭成员□其它（请注明）：  |
| 资助申请情况 | 1、多点离焦眼镜 □2、角膜塑形镜 □3、儿童青少年眼病（弱视训练、斜视手术、先天性/外伤性白内障、青光眼、视网膜母细胞瘤、视网膜脱离、上睑下垂矫正术、眼球穿通伤、病理性高度近视后巩膜加固术、圆锥角膜胶原交联术等）□ |
| **受助人（或其监护人）声明** | **医生声明** |
| 1、本人（监护人）已知自身(受助人)身体状况，并自愿申请加入该眼健康救助项目，接受相关眼病治疗（请在资助申请情况勾选），同意使用该项目指定耗材实施治疗，如有不适本人（监护人）自行承担。2、本人（监护人）□同意/□不同意授予该眼健康救助项目肖像权，同意用于公益项目的宣传。申请人签字：日期： 年 月 日 | 该儿童青少年 自愿申请加入该眼健康救助项目，同意使用该项目指定耗材实施治疗。医生签字：日期： 年 月 日 |
| 医院审核 | 省残疾人福利基金会审批 |
| 负责人签字：（盖公章）日期： 年 月 日 | 负责人签字：（盖公章）日期： 年 月 日 |

注：本表由医院初审，留复印件，原件提交至省残疾人福利基金会复核，最后报中国残疾人福利基金审核存档。