

附件一：

重症困难儿童资助申请表

调查日期：20 年 月 日

病童姓名：

性别：

年龄：

病种：

治疗医院：

预计医疗费用：

医保：新农合

城镇居民

企业

无

是否有向其他慈善机构申请资助：

家庭地址：

家长（监护人）姓名：

联系电话：

申请原因：

本人保证上述情况完全真实。

申请人（签名）：_____

20 年 月 日



Wilber Foundation

a charity for the underprivileged children

偉博兒童福利基金會

说明:

- 1、申请人应是病童的合法监护人、并提供相关证明资料;
- 2、申请时应真实填写本申请表,并提交医院的诊断书、病历和家庭经济情况证明(低保证、当地政府或单位开据低收入或经济困难证明)、监护人身份证或户口本复印件(以上资料只需提交复印件,留备原件用于调查复核);
- 3、如提供虚假情况获得资助的本会将有权回收资助款;
- 4、是否能提供完整资料直接关系到申请是否获批,请申请人配合。
- 5、如果您的申请获得批准,我们会在收到你完整申请资料的 15-30 个工作日内通知,如果没有收到通知则表示申请未获批准,可以来电咨询。

广州市伟博儿童福利基金会

地址: 广州市越秀区东风东路836号东峻广场4座1502室;

电话: 020-87301952; 微信公众号: WilberFoundation

