附件1：

**“如新中华儿童心脏病基金”项目受助申请书**

编号：

北京楷祺心血管公益基金会：

我是 省/直辖市/自治区 市 区/县 （患儿姓名）的监护人。该儿童患有先天性心脏病，并已参加□/未参加□ 新型农村合作医疗□/城镇居民基本医疗保险□（勾选，二选一）。因家庭经济收入较低，无力承担全部手术费用，现自愿向北京楷祺心血管公益基金会申请“中国青少年发展基金会 如新中华儿童心脏病基金”资助 万元，以协助完成患儿手术治疗。我已从相关部门知道，参加新农合的先心病患儿到指定定点医院接收治疗，可享受新农合医疗补助费用的规定，如属农村低保对象或低收入家庭可再享受农村医疗救助基金补偿费用。经过慎重考虑，自愿做出前往阜外医院治疗的决定，并愿意承担由此造成的可能不能享受新农合基金补偿和医疗救助基金补偿的风险。

作为监护人，我充分了解先天性心脏病手术作为医疗行为所存在的不确定性及各种风险，并已做好认定手术方案及承担手术风险和后果的准备。我承诺按照项目的有关要求安排被监护人接受术前检查、到定点医院手术治疗。我们知道，北京楷祺心血管公益基金会只在手术费用上给予我们一定数额的资助，不能承担手术效果、手术安全、手术风险等方面的责任，任何医患之间的法律纠纷将由定点医院和患者家属双方自行解决。同时，我们将积极配合项目的宣传活动，同意在开展公益宣传时，在报刊、杂志、书籍、电影和电视等各类媒体上无偿使用我的家庭和子女的照片。

我知道提交本申请书并不意味着已经获准得到项目救助。

监护人： （签字）

 年 月 日