



中华慈善总会瑞百安慈善援助项目

再次入组患者申请表

患者姓名：_____

申请日期：_____

(2021年 1月)



中华慈善总会瑞百安慈善援助项目 再次入组患者告知书

(2021年 1月)

亲爱的患者：

对于再次申请中华慈善总会瑞百安慈善援助项目的患者，现将项目相关事宜作如下通告：

援助对象：

1. 初次获得项目援助的过程中，没有任何违反项目规定或病情发生巨大改变的情况发生，仅仅因为领药周期完成而退出项目的；
2. 再次申请瑞百安慈善援助的，前期入组用药效果良好，无严重不良反应，能够从瑞百安治疗中获益；
3. 经济上无法继续承担瑞百安治疗费用。

申请资料：

1. 经患者本人签字确认的《中华慈善总会瑞百安慈善援助项目再次入组患者申请表》；
2. 经患者本人签字确认的《中华慈善总会瑞百安慈善援助项目再次入组患者告之书》；
3. 经患者本人签字确认的《中华慈善总会瑞百安慈善援助项目再次入组患者知情同意书》；
4. 《中华慈善总会瑞百安慈善援助项目再次入组患者信息登记表》（需加盖有效公章）；
5. 患者身份证正反面复印件 1 份，患者直系亲属所有成员户口本页面复印件；
6. 患者近期 1 寸免冠彩色证件照 3 张；
7. 其它相关证明材料。

中华慈善总会瑞百安慈善援助项目联系方式：

- 项目热线：010-88361040
- 项目网站：www.ruibaian.org.cn（项目表格请从该网站下载, 使用 A4 纸张打印或复印）
- 邮寄地址：北京市 100034 信箱 9 分箱（请务必通过中国邮政 EMS 邮寄）
- 收件人：瑞百安项目办公室

项目规定：

受助患者已完全知晓上述内容，除按上述要求如实申报资料以外，患者必须知晓《中华慈善总会瑞百安慈善援助项目患者告知书》（初次入组时提交的材料）的全部内容，并遵守项目规定。如有任何违反规定的情况出现，将被取消援助资格。



患者签字（正楷）：

签 字 日 期：



中华慈善总会瑞百安慈善援助项目 再次入组患者知情同意书

(2021年 1月)

患者本人在此申明：我知晓自身病情，自愿按照程序申请中华慈善总会瑞百安慈善援助，我已经完全知晓《中华慈善总会瑞百安慈善援助项目患者告知书》及《中华慈善总会瑞百安慈善援助项目再次入组患者告知书》的全部内容。

我本人在此郑重承诺：我体力状态能够做到亲自按时前往发药点领取援助药品，亲自到医务志愿者处进行复查随访。在申请、受助期间，均提供真实准确的资料，愿意接受中华慈善总会的调查核实及审计抽查，同意并将严格遵守项目办的各项规定。我愿意承担未如实申报或违反项目办公室任何规定所产生的包括申请得不到批准或援助立即终止等全部后果。如因我本人或本人亲属任何言行对中华慈善总会以及项目设立的发药点、医务志愿者等项目合作方造成损失的，我将承担相应责任。

患者本人签字（正楷）：_____ 签字日期：_____

患者直系亲属签字：_____

签字日期：_____ (所有直系亲属均要签字，签字后面备注与患者关系)

无能力为自己做出医疗决定的患者，(可由法律监护人“父母或法定人员”代签)

我声明，我谨代表患者_____，我已完全知晓瑞百安慈善援助项目的相关规定。

法律监护人签字：_____

签字日期：_____



中华慈善总会瑞百安慈善援助项目 再次入组患者信息登记表

姓 名		身份证号				相 片
性 别		移动电话		年 龄		
家庭地址						
邮寄地址						
工作单位			职 务			
患者夫妻双方上年度总收入(元)			其余直系亲属(父母、子女)上年度平均收入(元)			
是否为低保户	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(低保证号: _____)					
患者本人是否拥有高额资产 (含高档房产、高档汽车、金融资产、私营企业等) : <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 具体情况为: _____						
申请原因: _____						
证明单位公章: 请到工作单位、当地民政局或者所在辖区乡镇人民政府、街道办事处盖章。退休患者需填写原单位名称; 无业、务农患者需到当地民政局或所在辖区乡镇人民政府、街道办事处盖章; 在校学生需到学校加盖公章; 出国学习工作或者定居的需提供经济状况公证书。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div>			中华慈善总会瑞百安慈善援助项目办公室 意见(此栏无需患者填写) <div style="text-align: right;">年 月 日</div>			

备注:

- 1、表格内所有内容需保持与线上填写一致，均需填写，不允许有空。请打印全部内容并请证明单位盖章后，连同患者身份证正反面复印件、患者及直系亲属（父母、配偶、子女）户口本复印件、患者 3 张一寸免冠照片一起，邮寄至瑞百安项目办公室(北京市 100034 信箱 9 分箱 瑞百安项目办公室收 请用中国邮政 EMS 投递)。
- 2、如有疑问请致电瑞百安项目热线 010-88361040(办公时间)，或登录网站 www.ruibaian.org.cn 询问。