



天津市慈善协会

乙型血友病慈善援助项目

患者申请表

患者姓名：_____

填表日期：_____

项目材料清单

患者首次援助申请材料核对表（注：仅供首次援助申请入组使用）

序号	材料名称	完成打 √
1	患者本人身份证复印件（正反面）一份	
2	户口本复印件一份	
	——患者本人页	
	——直系亲属：已满 18 周岁：如已婚，需提交本人和配偶的户口本复印件； 如未婚，需提交本人户口本本人页复印件 未满 18 周岁：提交本人及其监护人（父母）的户口本复印件	
3	项目知情同意书一份（附表中）	
	——已满 18 周岁：患者本人签字	
	——未满 18 周岁：由患者法定监护人签字，并注明与患者关系	
4	医学诊断证明书	
	——原件或加盖医院红章的复印件 （医院红章指：医院病案室章、科室医生章等）	
5	患者基本信息登记表一份（附表中）	
	——粘贴 1 寸近照；表格中内容填写完整，患者签字日期务必准确填写	
6	家庭经济收入证明表（附表中）	
	——需证明部门盖章，证明人签字及填写联系方式，不能涂改	
	——患者本人经济收入证明（未满 18 周岁的儿童患者不用填写）	
	——家庭成员经济收入证明：已满 18 周岁的患者填写配偶信息，无配偶则空白； 未满 18 周岁患者填写监护人（父母）信息	
7	申请表填写委托书（附表中）	
	——小于 18 周岁的患者或任何原因导致的书写不便及没有书写能力的患者 需要填写此表	
	——被委托人需为患者直系亲属，即患者父母、配偶或子女	
	——需提供被委托人的身份证复印件（正反面）一份	
8	患者本人银行卡复印件	
	——必须为患者本人的邮政储蓄开户卡 （未满 18 周岁的患者可以提交被委托人的邮政储蓄开户卡）	
	——需注明开户行信息	

项目材料清单

患者后续报销材料核对表（注：仅供报销使用）

序号	材料名称	完成打 √
1	援助申请表（附表中）	
	——请清楚、完整填写基本信息，每张发票分栏填写	
2	购药发票原件	
	——发票抬头必须为患者本人	
	——发票内容需写明为贝赋®（注射用重组人凝血因子IX）、具体数量、单价、总医药费以及医保报销情况，和对应的处方签原件	
	——发票禁止重复使用	

补充说明

家庭经济收入证明表：

1. 信息填写完整，有工作单位的人员需开具工资收入证明，单位人事部盖章（或单位公章）、证明人签字、电话（座机）；
2. 无工作单位的人员，请注明现在情况及原因，并如实填写打工、务农等情况，并需患者户口所在地/长期居住地政府部门（居委会/村委会、街道办事处、政府部门）盖章、证明人签字、电话；
3. 患者本人未满 18 周岁不强制提供收入证明；超过 18 周岁的在校学生，由当地政府或学校证明也可提供学生证复印件（包括本人页和注册页）
4. 若患者本人或父母离婚，可提供标明离婚的户口页复印件或离婚证复印件或民政局出具的婚姻状况证明
5. 直系亲属已经退休，可由当地政府部门或原工作单位或社会保障局证明
6. 若患者的父亲或母亲已去世，需提供死亡证明（包括医学死亡证明、户口注销证明、火葬证\政府开具等）

办理申请手续注意事项

1. 材料齐备，表格填写完整才能保障审批顺利
2. 请患者申请材料填写时务必提供真实有效地址
3. 为便于患者后期申请，建议异地就医患者回居住地申请援助和随访
4. 患者家庭经济方面要如实填写，如果患者本人或家庭成员无收入请写明原因，并提供相关证明人、证明机构，加盖证明机构公章

邮寄地址：天津市南开区士英路 9 号 天津市慈善协会 收件人：乙型血友病慈善援助项目办公室

(附表 1)

天津市慈善协会 乙型血友病慈善援助项目 项目知情同意书

血友病是一组遗传性凝血因子缺乏引起的出血性疾病，如果患者不能得到及时有效的治疗，就会面临致残的危险，加之高昂的药品费用支出，使很多血友病患者和家庭面临“灾难性”医疗支出的巨大风险，为了帮助更多的血友病患者规范治疗，减轻患者家庭的经济负担，天津市慈善协会发起的“乙型血友病慈善援助项目”，旨在对符合医学条件和经济条件的乙型血友病(凝血因子IX缺乏)患者资助部分重组人凝血因子IX药物治疗费用，从而帮助更多的乙型血友病患者和患者家庭减轻经济负担，使患者得到规范治疗，提高患者生活质量。辉瑞公司向天津市慈善协会无偿提供援助。

项目申请要求及条件

1. 自愿申请；
2. 临床明确诊断为乙型血友病的患者；
3. 经评估确认为符合贝赋®(重组人凝血因子IX)适应症，并且已经接受过重组人凝血因子IX治疗的患者(贝赋®适应症请参考处方说明书)；
4. 家庭经济条件困难的患者；
5. 本项目援助对象为享受天津医保的患者。

项目援助类型

经医师确认符合医学条件，患者自愿申请：经项目办公室审核并评估患者及患者家庭经济情况后批准入组，即可得到重组人凝血因子IX的部分治疗费用援助，且每次援助金额不超过患者当次购买贝赋®药品费用的实际自付金额。一年内可以重复申请，若患者第二年仍需参加援助，需重新提交收入证明进行审核。

重组人凝血因子 IX 血友病患者援助项目终止条款(如有以下情况之一，药品援助自动停止)



1. 不能坚持到指定血友病诊疗中心随访的患者；
2. 患者进入新药临床试验或其他援助项目；
3. 患者或其法定监护人/父母要求停止使用重组人凝血因子 IX 治疗，或自愿退出；
4. 患者死亡；
5. 患者或其法定监护人提供任何虚假医学或经济证明；
6. 患者或其法定监护人拒绝接受援助项目监查；
7. 因不可抗力或因特殊原因必须停止援助项目；
8. 已过本项目申请截止时间，或未到申请截止时间但援助资金已经发放完毕。

项目监查

项目办对受助患者定期进行抽查，核对个人信息和申请资料，如果拒绝接受核查或经核查发现任何医学条件和经济条件不符将立即停止援助。

法律声明

1. 对于患者的个人信息及医学资料(患者信息和资料)，我们将严格保密，不会用于任何商业用途，仅用于项目的管理、执行和审计，患者信息和资料将由主办方或项目委托执行保留，除卫生监管部门审查监督外，不会披露给其他第三方。
2. 本项目为慈善援助项目，患者需自愿参加；本项目只对能够严格按照项目规定程序申请的患者提供援助，因个人原因不能按项目规定申请和领取援助资金的患者将自行承担因此而产生的后果。
3. 患者及其家属须知晓患者的真实病情，患者应遵从医嘱，以规范治疗为原则，定期随访，及时接受治疗，天津市慈善协会对患者的病情和治疗不承担任何责任和义务。
4. 患者及家属须积极配合，保持与项目办公室通讯联络畅通，主动拨打项目热线电话咨询、主动登陆项目网站查询项目办信息，因患者自身原因导致申请、受助等延误的，患者自行承担 responsibility。
5. 患者或其家属因特殊情况影响各项目药房及项目医院正常工作，情节严重者，项目办将取消其援助资格。



天津市慈善协会

6. 关于本项目的任何信息均以我办正式发布的信息为准,我办不为误信其他渠道信息产生的任何后果承担责任。

项目援助热线: 022-23411667 周一至周五: 9:00-17:00.

7. 乙型血友病援助项目的一切解释权归天津市慈善协会所有。

患者声明签字

我已经认真阅读了上述有关项目的全部内容,知晓此项目的申请条款及终止条款,愿意承担所有的责任和义务。我愿意加入本项目,同意并严格遵守本项目的相关规定,自愿按程序申请。

患者或患者法定监护人签字:

监护人与患者关系:

日期:

注:对于不满18周岁的患者,必须由其法定监护人签署本知情同意书(在法定监护人是患者父母的情况下,必须由患者的父亲或母亲签署,并注明与患者关系);对于已满18周岁的患者,必须由患者本人签署本知情同意书。

邮寄地址:天津市南开区士英路9号天津市慈善协会 乙型血友病慈善援助项目办公室 热线电话:
022-23411667

(附表 2)

天津市慈善协会
乙型血友病慈善援助项目
患者信息登记表

姓名		性别		民族		粘贴一寸 照片(近照)
年龄		户口所在地(区)				
身份证号				本人电话		
家庭住址						
家庭成员人数				上年度家庭全年总收入(元)		
联系人姓名		电话			与申请人关系	
家庭成员	姓名			与申请人关系		
	姓名			与申请人关系		
	姓名			与申请人关系		
	<p>*注:</p> <p>1. 已满 18 周岁的患者, 如为已婚需填写配偶信息, 提交本人及配偶经济收入证明; 如未婚只需填写本人信息, 提交本人经济证明。”</p> <p>2. 未满 18 周岁的患者, 需同时填写父母相关信息, 提交父母经济收入证明。</p>					
医保情况	参保地区(区)				医保报销比例	%
	是否 低保	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
	参保 类型	<input type="checkbox"/> 城镇居民医保 <input type="checkbox"/> 城镇职工医保 <input type="checkbox"/> 儿童低保 <input type="checkbox"/> 儿童非低保				
申请理由						



(附表 3-1)

天津市慈善协会
乙型血友病慈善援助项目
家庭经济收入证明表

患者本人填写（儿童患者不需要填写）

姓名		性别		年龄	
身份证号				联系方式	
有固定工作 单位人员填写	单位名称			电话	
	工作时间			职务	
	近一年总收入（元）				
	（单位公章）				
证明人职务：		证明人签字：		日期：	
无固定工作 单位人员填写	现在情况	<input type="checkbox"/> 打工 <input type="checkbox"/> 务农 <input type="checkbox"/> 待业 <input type="checkbox"/> 其他_____			
	近一年总收入（元）				
	户籍所在地/居住 地街道办事处 或居委会	名称			
		地址			
		电话			
（证明部门公章）					
证明人签字：		日期：			

注：

1. 表格中所有内容均需填写，不得空缺和涂改。如无此项，请填写“无”或注明情况。
2. 本页可复印使用。
3. 如有任何疑问请致电乙型血友病患者援助项目热线 022-23411667。



(附表 3-2)

天津市慈善协会 乙型血友病慈善援助项目 家庭经济收入证明表

家庭成员填写（成人患者填写配偶信息，无配偶则无需填写；儿童患者填写监护人信息）

姓名		性别		年龄	
身份证号				联系方式	
有固定工作 单位人员填写	单位名称			电话	
	工作时间			职务	
	近一年总收入（元）				
	（单位公章）				
证明人职务：		证明人签字：		日期：	
无固定工作 单位人员填写	现在情况	<input type="checkbox"/> 打工 <input type="checkbox"/> 务农 <input type="checkbox"/> 待业 <input type="checkbox"/> 其他_____			
	近一年总收入（元）				
	户籍所在地/	名称			
	居住地街道办	地址			
	事处或居委会	电话			
（证明部门公章）					
		证明人签字：		日期：	

注：

1. 表格中所有内容均需填写，不得空缺和涂改。如无此项，请填写“无”或注明情况。
2. 如直系亲属较多，本页可复印使用。
3. 如有任何疑问请致电乙型血友病患者援助项目热线 022-23411667。



(附表 4)

天津市慈善协会 乙型血友病慈善援助项目 援助资金领取委托书

由于患者本人行动不便，特申请由_____（此处请填写代领人姓名）代为领取援助资金，代领人与患者关系是_____。患者本人愿意承担因代领人违反项目规定所发生的一切后果。

特别提示：

- 1、18 周岁以下患者必须填写此委托书。
- 2、代领人需为患者直系亲属，即患者父母、配偶或子女。
- 3、须提供代领人的身份证复印件（正反面）一份。
- 4、如患者更换代领人，需要重新填写此表并提供代领人相关资料。
- 5、如出现特殊情况请与项目办联系。

患者姓名：_____

患者本人按手印：_____

代领人签字：_____

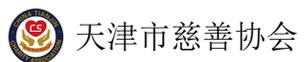
签字日期：_____

(附表5)

天津市慈善协会
乙型血友病慈善援助项目
发票汇总表

基本信息						
姓名		年龄		身份证号		电话号码
就诊医院			医保类型	<input type="checkbox"/> 城镇居民医保 <input type="checkbox"/> 城镇职工医保 <input type="checkbox"/> 儿童低保 <input type="checkbox"/> 儿童非低保		
日期	发票号	规格 (如: 250IU)	数量 (支)	药品总金额	医保支付金额	自付金额
合计						
备注						

注 (见下页) :



1. 请清楚、完整地填写表格，每张发票需要分栏填写；
2. 请提供购药发票原件和对应的处方签原件；
3. 所有的申请材料请按照日期依次装订在本申请表后；
4. 如更换账户信息，请在表中填写备注（需填写开户行所在支行和账号，必须为中国邮政储蓄银行账户）；