

中国红十字基金会标准
CRCF Standard

HJB
HJB/F 0001-2021

中国红十字基金会
中央专项彩票公益金大病儿童救助项目

执行手册

（白血病）

（中文版，Chinese Vision）

2021-09-14 发布

Released on 14th 09 2021

2021-09-14 实施

Implemented on 14th 09 2021

目 录

（白血病）	1
前 言	3
第一章 项目概述	4
一、项目执行模式	4
二、项目资助标准	4
三、项目执行费	4
四、项目实施流程图	5
第二章 申请	6
一、申请条件	6
二、申请资料	6
三、审核流程	7
第三章 评审	8
一、评审原则	8
二、评审流程	8
三、注意事项	8
第四章 资助	9
一、资助流程	9
二、回执资料	9
三、单据说明	10
四、单据示意图	11
第五章 回访	12
一、回访流程	12
二、回访内容	12
第六章 移植	13
一、申请条件	13
二、提交资料	13
三、执行流程	13

附件.....	14
1. 中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”白血病儿童资助申请表.....	14
2. 中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”造血干细胞移植资助申请表.....	19
3. 中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”白血病儿童资助告知书.....	20

前 言

“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”（以下简称“大病儿童救助项目”）是由中国红十字会总会负责，委托中国红十字基金会组织实施，协同全国各级红十字会和定点医疗机构执行，专项救助白血病和先心病儿童的公益项目。该项目已持续开展 12 年，累计获得中央专项彩票公益金资金支持 15.558 亿元，救助白血病、先心病儿童超过 54000 名，直接受益人口超过 27 万人（按照 1 家 5 口人计算）。凭借透明规范的管理、高效的执行，该项目在财政部历年绩效评估中均名列前茅，在历年的国家审计和第三方评估中均无保留通过国家审计署审计以及财政部指定的会计师事务所专项审计，第三方绩效评价综合得分均超过 90 分，被业界定义为“彩票公益金零质疑项目”。由于社会效益突出，该项目 2014 年荣获中央国家机关工委“基层服务型党组织建设优秀品牌”，2018 年作为成功案例被财政部提交全国人大审议，逐步成为国家儿童医疗保障体系和政府医疗救助的有力补充，成为坚定贯彻落实习近平总书记关于“精准扶贫”指示精神的有效实践。

在不断加大救助力度的同时，中国红基会还努力提升政策倡导和行业联合救助推进力度。2013-2015 年连续主办三届中国儿童大病救助论坛，推动我国首个儿童大病救助联盟的成立，还先后发布《中国贫困白血病儿童生存状况调查报告》、《中国儿童大病医疗保障与社会救助分析》、《小天使基金项目评估与战略咨询报告》、《天使阳光基金评估报告》、《儿童白血病救助成效及需求趋势报告》等行业报告，进一步完善国家医疗保障体系，致力于不断改善困境大病患儿及家庭的生存境况。

未来，中国红基会将继续坚守初心、牢记使命，实实在在为群众办实事，在继续做优做实“大病儿童救助项目”、有效提升彩票公益金的社会知晓率、获得社会公众的广泛认可的同时，还将积极发挥中央专项彩票公益金“种子金”作用，想方设法撬动更多社会资源，在患儿心理疏导、生活陪护、生存与发展环境等方面开展立体的人道救助支持与服务，使项目社会效益尽可能最大化。

第一章 项目概述

一、项目执行模式

1. “大病儿童救助项目”资金由财政部批复项目预算至中国红十字会总会，总会根据中国红基会资助计划，通过财政部授权的支付方式拨付资金；
2. “大病儿童救助项目”的管理由总会负责，委托中国红基会组织实施，协同全国各级红十字会/基金会、定点医疗机构执行，严格遵守项目管理的相关规定。

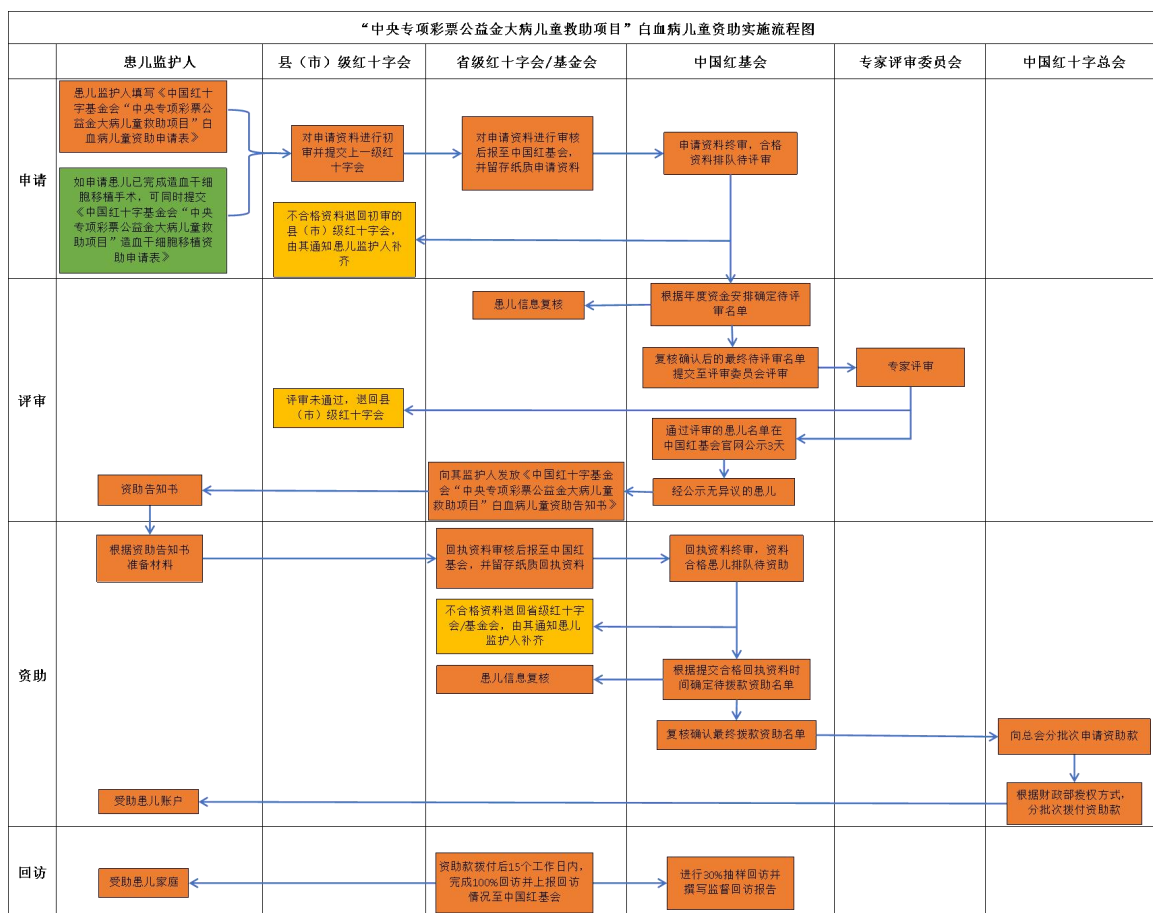
二、项目资助标准

1. 对完成造血干细胞移植手术的白血病患者每人一次性资助 5 万元；
2. 对无需造血干细胞移植手术或需要移植但尚未实施移植手术的白血病患者每人一次性资助 3 万元；
3. 患儿在获得 3 万元资助款后完成造血干细胞移植手术，补充一次性资助 2 万元。

三、项目执行费

1. 从项目中列支执行本项目的必要成本由总会商财政部具体确定；
2. 中国红基会按照财政部授权的支付方式拨付项目执行费；
3. 项目执行费使用范围限定为各级红十字会在执行项目过程中产生的办公耗材、设备购置、项目培训、资助探访、宣传、交通、通讯、邮寄、招募项目官员/志愿者等开支，不得用于工作人员工资福利和与执行项目无关的支出；
4. 执行费须当年使用完毕，使用情况要有明细账目，并在项目结案报告中予以体现。因特殊原因形成的结余资金，须予以说明。

四、项目实施流程图



第二章 申请

一、申请条件

0-18 周岁确诊为“白血病”的中国籍儿童。

注意事项：

1. 申请条件中规定的“周岁”，按照公历的年、月、日计算，从周岁生日的第二天起算。患儿 19 周岁生日第二天 0 时起即为超龄；
2. 年龄节点：以彩票公益金项目管理系统（以下简称：“项目管理系统”）首次录入患儿申请资料的时间为准。
3. 项目为一次性资助原则，已获得“大病儿童救助项目”资助的患儿，除补充资助外，**不可重复申请同一病种资助**；
4. 在诊断证明及住院病案首页的诊断中，如描述为“**白血病前期**”则**不属于**白血病，不在项目资助范围内。

二、申请资料

1. 填写完整的《中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”白血病儿童资助申请表》（*附件 1*）
2. 申请患儿的户口簿本人页**复印件**；
3. 申请患儿法定监护人双方的户口簿本人页**复印件**、身份证**复印件**；
4. 最新病情诊断证明**原件**（须加盖医院公章/医务处章/疾病诊断证明专用章）；
5. 住院病案首页**复印件**（须加盖医院病案复印专用章）；
6. 骨髓检查报告**复印件**。

注意事项：

1. 以上六份材料缺一不可；
2. 资助申请须由患儿法定监护人手写签字确认；

3. 户口簿如无法证实监护关系，须提供患儿出生证明**复印件**或相关部门开具的监护关系证明**原件**；
4. 病情诊断证明原件须加盖医务处公章或医院疾病诊断证明专用章，**科室和病区盖章无效**；
5. 资料审核时须核对患儿住院病案首页填写的出生日期与户口簿登记是否一致；
6. 资料审核时须核对诊断证明与住院病案首页对病情的描述是否一致，是否在资助范围内，如不一致以**住院病案首页的出院诊断**为准；
7. 提交申请时，如患儿已完成造血干细胞移植手术，可同时提交《中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”造血干细胞移植资助申请表》*（附件 2）*。

三、审核流程

1. 县（市）级红十字会收到纸质资助申请资料后，在**3个工作日内**完成审核和项目管理系统录入；
2. 上级红会/基金会在项目管理系统中逐级完成在线资料审核；
3. 中国红基会对省级红会/基金会提交的患儿资料进行审核，纸质申请资料原件由各省负责存档；
4. 中国红基会审核后，合格资料存档待评审，不合格资料退回县（市）级红十字会，重新办理或补齐资料后再申报。

注意事项：

1. 项目遵循户籍所在地的申请原则，即患儿法定监护人向患儿户籍所在地的基层红十字会提交申请（如遇特殊情况，请与户籍所在省级红十字会/基金会联系咨询）；
2. 申请表的提交须逐级申报，各级红十字会审批时须确认流程是否完整。中国红基会不直接受理申请人的资助申请；
3. 县（市）级红十字会在接收申请表时，须明确告知患儿法定监护人：申请表的

递交不代表可以获得救助，申请资料一经递交不予退回。

第三章 评审

一、评审原则

1. 先后顺序原则：按照待评审患儿的先后顺序依次评审；
2. 量入为出原则：根据项目资金情况确定资助名额和资助金额；
3. 有限资助原则：以国家医疗保障体系救治及家庭自筹为主，项目资助为辅；
4. 综合评定原则：根据患儿病情等情况综合评定资助对象。

二、评审流程

1. 中国红基会根据年度资金额度，分批次拟定待评审名单；
2. 省级红十字会/基金会根据待评审名单对患儿进行情况核实，将结果上报中国红基会；
3. 中国红基会将核实后的待评审名单提交专家评审委员，通过现场或网络评审，确定拟资助名单；
4. 通过评审的拟资助名单在中国红基会官方网站进行为期 3 天的公示；
5. 中国红基会根据公示无异议的拟资助名单，通过省级红十字会/基金会向患儿法定监护人发放《中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”白血病儿童资助告知书》（附件 3）。

三、注意事项

1. 情况核实时，如患儿已完成造血干细胞移植手术，须提示并指导患儿法定监护人尽快填写《中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”造血干细胞移植资助申请表》；
2. 情况核实时，如患儿已去世，须及时告知中国红基会并终止资助程序；

3. 省级红十字会/基金会向患儿法定监护人发放《中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”白血病儿童资助告知书》时，须仔细核对患儿姓名与资助金额。

第四章 资助

一、资助流程

1. 受助患儿法定监护人填写《中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”白血病儿童资助告知书》回执单，按告知书要求准备相关资料并提交至省级红十字会/基金会；
2. 省级红十字会/基金会负责对回执资料进行初审，在项目管理系统中完成录入，并提交中国红基会终审，受助患儿回执资料原件由各省级红十字会/基金会负责存档；
3. 中国红基会审核后，合格资料排队等待资助，不合格资料退回省级红十字会/基金会，由其通知受助患儿法定监护人补齐资料后重新办理；
4. 中国红基会按照回执资料审核通过时间先后顺序，分批次对资料合格的受助患儿进行资助，资助款将通过财政部授权的支付方式和流程拨付至受助患儿账户；
5. 通过定点医疗机构进行资助的受助患儿，资助款统一拨付至定点医疗机构账户。

二、回执资料

1. 填写完整的回执单原件；
2. 受助患儿户口簿本人页复印件；
3. 以受助患儿姓名开户的银行存折或银行卡的复印件；
4. 受助患儿当年度诊断证明原件（须加盖医院公章/医务处章/疾病诊断证明专用章）；
5. 符合资助告知书金额的合格医疗单据；

6. 申请造血干细胞移植资助的患儿，须提供移植手术医疗票据复印件。

注意事项：

1. 如受助患儿更改姓名，须提交更改姓名后的户口簿本人页复印件，本人页上须标注“曾用名”；
2. 诊断证明原件须为近期开具，加盖医院公章、医务处章或医院疾病诊断证明专用章，**科室和病区盖章无效**；
3. 在办理拨款手续过程中如发现受助患儿去世，应及时终止资助款的拨付，并将资助款退回拨款账户；
4. 项目年度资助金额有限，须告知受助患儿法定监护人如**不能在告知书有效期内提交合格资料，将无法获得资助。**

三、单据说明

1. 以下三类均为合格医疗单据：

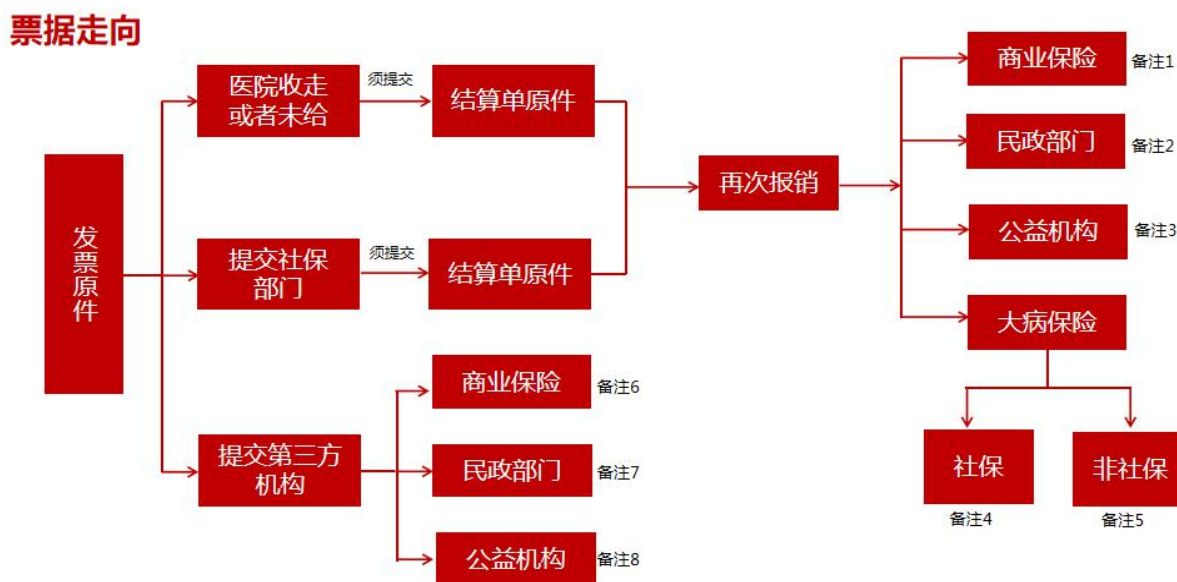
- (1) 医疗收费票据原件/医疗收费电子票据；
 - (2) 由社保部门出具的报销结算单/补偿单/分割单原件和住院收费票据复印件；
 - (3) 加盖最后一次报销补助部门公章的结算单复印件或直补票据复印件，及与之对应的相关报销补助证明。
2. 提供单据的自付金额累加合计后，须满足资助告知书金额要求；
3. 所提供的足额单据中如无提交回执资料当年的医疗单据，须另提供当年医疗单据累计不少于 1000 元（可为复印件）。

注意事项：

1. 医疗发票原件若无收费明细须提供收费结算清单；
2. 医疗票据一般指住院医疗票据，门诊、检测、急诊等票据，原则上累加不能超过 10000 元，且门诊须为大额票据（100 元以上）；
3. 由社保部门出具的报销补偿单/结算单/分割单原件须加盖**社保部门公章**，复印专用章无效；

4. 报销统计表/一览表不属于报销结算单原件；
5. 报销补助部门出具的证明须注明补助金额，并写明医保/新农合结算单原件留存情况；
6. 购买格列卫、培门冬酶等白血病治疗药物的发票可用于补充医疗单据不足部分，但须有加盖医院公章的相关医嘱。

四、单据示意图



备注 1：加盖商业保险公章的结算单复印件+理赔单原件

备注 2、备注 3：加盖救助部门公章的结算单复印件+相关补助证明

备注 4：二次报销的结算单原件

备注 5：一次报销的结算单复印件+二次报销的理赔单原件

备注 6：加盖商业保险公章的票据复印件+理赔单原件

备注 7、备注 8：加盖救助部门公章的票据复印件+相关补助证明

第五章 回访

一、回访流程

1. 资助款拨付至受助患儿账户后 15 个工作日内，省级红十字会/基金会须开始对受助患儿及其法定监护人进行 100%回访；
2. 省级红十字会/基金会在项目管理系统中据实填写回访相关信息；
3. 省级红十字会/基金会完成回访后，中国红基会法务风控部组织社会监督巡视员/志愿者对受助患儿及其法定监护人进行抽样回访，并填写抽样回访相关信息；
4. 抽样回访完成后，中国红基会法务风控部根据项目回访及督导情况，提交《“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”监督回访报告》。

二、回访内容

1. 是否知晓“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”；
2. 是否知晓项目救助资金来源于中央专项彩票公益金；
3. 受助患儿是否足额收到救助款；
4. 受助患儿治疗情况及生活近况；
5. 受助群体对各级红十字会工作是否满意；
6. 受助群体对定点医疗机构工作是否满意。

注意事项：

1. 省级红十字会/基金会回访时，须重点说明并强调项目资金来源及项目名称；
2. 填写回访情况表时，需注意核对“收到救助款时间”及“回访时间”。

第六章 移植

一、申请条件

1. 须先申请“大病儿童救助项目”，并通过审核；
2. 完成造血干细胞移植手术。

注意事项：

未申请项目资助的患儿，若已完成造血干细胞移植手术，可同时填写《中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”造血干细胞移植资助申请表》。

二、提交资料

1. 填写完整的《中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”造血干细胞移植资助申请表》；
2. HLA 分型报告/配型报告。

注意事项：

1. 自体移植无 HLA 分型报告/配型报告，须医生注明相关情况；
2. 须医生填写患儿入仓及出仓时间。

三、执行流程

1. 省级红十字会/基金会对患儿法定监护人提交的《中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”造血干细胞移植资助申请表》进行审核，原件省内负责存档；
2. 省级红十字会/基金会登陆项目管理系统，完成造血干细胞移植资助相关信息填写；
3. 中国红基会完成移植资助资料审核。

附件

1. 中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目” 白血病儿童资助申请表

申请人近期照片

申请人姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____

身份证号码：_____

监护人姓名：_____与申请人关系：_____

手机号码：_____

户籍所在地：_____省（市、区）_____市_____县_____乡（镇）_____村

通讯地址：_____省（市、区）_____市_____县_____乡（镇）_____村

邮编：_____

申报日期：_____年_____月_____日

申报须知

1. 本申请表由中国红十字基金会(简称中国红基会)根据《中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”白血病儿童资助管理暂行办法》印制并负责解释。
2. 该项目申请对象为**0-18周岁**确诊为**白血病**的中国籍儿童。
3. 本申请表由患儿法定监护人负责填报(用黑色钢笔或签字笔书写),并保证所有资料的真实性和完整性。
4. 申请人申报资料须经患儿户籍所在地县级以上(含县级)红十字会审核后逐级报省级红十字会/基金会审核,最后报至中国红基会,中国红基会不直接受理个人提交的资助申请。
5. 本申请表的递交并不代表**可以获得救助**,申请资料一经递交**不予退回**。
6. 通过审批确定的受助患儿名单在中国红基会和其户籍所在地省级红十字会/基金会官方网站上公示无异议后,由省级红十字会/基金会向患儿法定监护人发放《中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”白血病儿童资助告知书》(以下简称“资助告知书”),并提醒患儿法定监护人注意查收。
7. 患儿法定监护人收到资助告知书后,须按要求填写回执并提交相关资料,资料合格后才可获得资助资格。
8. 本项目为**一次性救助**,患儿在获得该项目资助资金前去世或痊愈,或已通过中国红基会获得其它渠道的资助,则终止资助。
9. 患儿资助款将通过财政部授权方式拨付至患儿账户或其就诊的定点医疗机构。如拨付至患儿账户的,请患儿监护人务必填写正确的银行卡信息,确保:1)银行卡户名为**患儿真实姓名**;2)银行卡为“一类卡”(在同一家银行办理的首张借记卡);3)银行卡三个月内有资金往来,卡状态为**激活状态**。由于银行卡相关问题导致的资助款拨付不成功或延迟,中国红基会不承担任何责任,并有权优先拨付资助款至银行卡正确的患儿账户。
10. 对申报资料中出现的**隐瞒、虚假、伪造**等行为,一经发现,将**不予救助**;如已获救助,中国红基会保留依法追索救助款的权利。
11. 中国红基会只在**医疗费用**上给予受助患儿支持,在医疗过程中出现的任何医疗风险,均由医患双方明确责任、自行协商解决,中国红基会不承担任何责任。
12. 为配合项目宣传,受助患儿及其法定监护人有**责任和义务**向中国红基会提供并授权使用必要的照片、文字、视频、影像等相关资料。

我确认已经阅读和知悉了以上全部条款,并同意所有申报规定。

患儿法定监护人签名(手签):

年 月 日

中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”

白血病儿童资助申请表

申请人姓名		性别		出生年月日		民族	
患儿医保类型	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 医保 <input type="checkbox"/> 新农合			患儿商业医疗保险	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
报销比例	医保_____ %; 新农合_____ %; 商业保险: _____ %。						
确诊时间				确诊医院			
确诊病型							
总花费				自付金额			
申请其他公益基金资助情况	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有, 公益组织的名称: _____						
家庭成员情况	姓名	年龄	与患儿关系	身份证号	职业		
备注: 职业(工人、职员、教师、公务员、个体工商户、务农、外出打工、无业、无劳动能力、其他)							
	户籍性质	<input type="checkbox"/> 农业 <input type="checkbox"/> 非农业		家庭人口总数			
	是否为以下类型	<input type="checkbox"/> 低保户 <input type="checkbox"/> 残疾家庭 <input type="checkbox"/> 军烈属家庭 <input type="checkbox"/> 孤儿					
		备注: 低保、军烈属、残疾人家庭的患儿, 需提供低保证、军烈属证、残疾人证(复印件); 孤儿需提供当地民政局或福利院证明。以上情况可获得优先资助资格。					
住房情况	<input type="checkbox"/> 仅有一套自住房 <input type="checkbox"/> 有一套以上房产 <input type="checkbox"/> 无						

家庭经济状况	主要收入来源		
	家庭年收入		家庭劳动力人数 (几个人有收入)
家庭经济状况	家庭支出情况	1. 近3年内, 家庭成员重大疾病情况介绍(仅介绍需供养的亲属, 列明病种及花费):	
		2. 近3年内, 家庭重大变故情况介绍(时间、事件、花费金额, 重大变故举例: 车祸、火灾、自然灾害、意外伤害、家庭成员出走、入狱等):	
		3. 家庭中其他重大支出(请描述近3年内家庭其它重大支出, 例如: 孩子上学、老人抚养、结婚、买房/建房、做生意等):	
其他申请救助原因			

申请人所需提供的身份及病情诊断证明材料

1. 申请患儿的户口簿本人页复印件;
2. 申请患儿法定监护人的户口簿本人页复印件、身份证复印件;
3. 最新病情诊断证明原件(须加盖医院公章或医务处章或医院疾病诊断证明专用章, 科室和病区盖章无效);
4. 住院病案首页复印件(须加盖医院病案复印专用章);
5. 骨髓检查报告复印件。

说明: 如户口簿无法证实监护关系的, 须提供申请人出生证明或派出所开具的监护关系证明原件。

以上证明材料另附, 请与本申请表同时提交。如需留存请自行复印备份。

2. 中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目” 造血干细胞移植资助申请表

申请人姓名		身份证号		申请时间	
联系方式				移植费用	
是否获得过资助	<p>是否获得中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”白血病资助：</p> <p><input type="checkbox"/>是，获得资助金额_____万元，获得资助时间：_____年；</p> <p><input type="checkbox"/>否。</p>				
造血干细胞移植 就诊医院 意见	<p><u>说明：需注明入仓、出仓时间，须加盖医院公章或医务处章或医院疾病诊断证明专用章，科室和病区盖章无效。</u></p> <p style="text-align: right;">（医院盖章）</p> <p style="text-align: right;">主治医生（签名）： 年 月 日</p>				

说明：造血干细胞移植配型报告复印件需与本表一同提交。

3. 中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目” 白血病儿童资助告知书



中国红十字基金会 中央专项彩票公益金大病儿童救助 项目白血病儿童资助告知书



档案号: _____

_____的监护人:

“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”是由中国红十字会总会负责,委托中国红十字基金会(以下简称“中国红基会”)组织实施,协同全国各级红十字会和定点医疗机构执行,专项救助白血病和先心病儿童的公益项目。根据患儿的求助申请,经专家评审委员会评审,决定从项目中安排人民币____万元资助其进行白血病治疗。为顺利办理资助手续,现告知您如下事项:

1. 本告知书由中国红基会印制并负责解释;
2. 本告知书自发放之日起两年内有效,如在有效期内不能提交合格资料则**视为自动放弃**资助;
3. 项目的资助款须全部用于受助患儿的治疗,不得用于偿还借、贷款或家庭其他生产、生活支出;
4. 项目资助为**一次性资助**,除造血干细胞移植补充资助外,每名申请本项目的白血病患儿只安排一次资助。**在办理拨款手续过程中如受助患儿去世或痊愈,或已通过中国红基会获得其它渠道的资助,则终止资助。**对申报资料中出现的隐瞒、虚假、伪造等行为,一经发现,将不予救助。如已获救助,中国红基会保留依法追究救助款的权利;
5. 为便于接受社会监督,中国红基会可通过媒体对外公布受助患儿的基本情况
6. 受助患儿可自行选择就诊医院,也可选择中国红基会项目定点医院。医院分布情况可咨询户籍所在地省级红十字会/基金会或通过中国红基会官网查询;
7. 办理资助款拨付手续前,请您提交以下资料:
 - (1) 受助患儿户口簿本人页复印件;
 - (2) 受助患儿当年度诊断证明原件(加盖医院公章/医务处章/疾病诊断证明专用章);
 - (3) 以受助患儿姓名开立的银行卡或存折首页复印件;
 - (4) 自付足额_____万元的受助患儿医疗单据,具体要求如下:
 - ① 须提交受助患儿**医疗收费票据原件**,票据上无收费明细的须同时提交费用明细清单;
 - ② 若医疗收费票据原件交于“新农合”、“城镇医保”报销,须提交由报销部门出具的**报销结算单/补偿单/分割单原件**,并提供相应**医疗票据复印件(加盖报销部门公章)**;
 - ③ 若上述单据原件交其他部门再次报销,则须提交**加盖最后一次报销部门公章的单据复印件**与该部门出具的相关**补助证明**;
 - ④ 扣除在医疗保险及其他部门报销后的单据余额累计不少于**基金资助金额**;
 - ⑤ 医疗单据须含提交本回执当年的住院或门诊票据,累计不少于**1000元**;
 - (5) 受助患儿如已提交《中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”造血干细胞移植资助申请表》,须提交**移植手术医疗票据(原件/复印件)**;
8. 请填写并沿虚线裁下“回执”,连同上述第7条所列资料,送至患儿户籍所在地省级红十字会/基金会;
9. 根据年度资金安排,受助患儿资助款将通过财政部授权的支付方式拨付至患儿账户或其就诊的定点医院。**请务必填写正确的银行卡信息,确保银行卡户名为患儿姓名,银行卡为“一类卡”且三个月内有资金往来。由于银行卡相关问题导致的资助款拨付不成功或延迟,中国红基会不承担任何责任并有权优先拨付资助款至银行卡信息正确的患儿账户;**
10. 收到资助款后,请您及时告知户籍所在地省级红十字会/基金会,并有义务配合相关宣传、回访等工作。
祝您的孩子早日康复!

中国红十字基金会
年 月 日

沿此线裁下
回 执 省 份: 档案号:

中国红基会彩票公益金项目办:

我是_____的监护人_____,我的手机:_____,其他联系手机:_____。现已知悉并同意《中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”白血病儿童资助告知书》内容。请将人民币_____万元资助款汇入定点医院或患儿账户:

1. 患儿目前就诊医院名称: _____;
2. 患儿银行卡或存折账户所在_____省(自治区/直辖市)_____市_____县;银行卡户名: _____; 开户行名称: _____银行_____分行_____支行;卡号或存折账号: _____。

患儿监护人签名:

年 月 日