



河南省和谐慈善基金会

“挺起脊梁”强直性脊柱炎精准扶贫救助项目

救助申请表

姓名		性别	男/女	出生年月		照片
身份证		联系方式				
联络人		与患者关系		联系方式		
地址	省 市 区(县)		镇(街道)	(社区)		
患病病种	强直性脊柱炎，主要症状：			曾经治疗时间	_____年__月__日 共_____天	
是否享受医保： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	医保类型	<input type="checkbox"/> 城镇职工 <input type="checkbox"/> 居民医保 <input type="checkbox"/> 农村合作医疗 <input type="checkbox"/> 公费医疗 <input type="checkbox"/> 军队系统医疗 <input type="checkbox"/> 商业保险 <input type="checkbox"/> 其他				
医保所属地：		何时享受医保： 年 月				
现或原单位工作职务：		联系方式				
家庭成员情况	姓名	出生年月	健康状况	职业	月收入	
申请理由：						
河南省和谐慈善基金会“挺起脊梁”救助项目办公室意见（此栏无需患者填写）						

特别提示：

请将填写完整的申请表，发送至项目邮箱asjiuzhu@163.com。项目办公室会按照提交申请的先后顺序进行核实，审核时间为2-3个工作日，请保持电话畅通。逾期未接到审核结果通知的患者，请及时拨打项目热线0371-86172069、0371-67083222查询。