

## 申报须知

1. 本申请表由中国出生缺陷干预救助基金会（以下简称基金会）印制并负责解释。
2. 该项目申请对象为0-14周岁、具有中国国籍的家庭贫困的、患有临床确诊的遗传代谢性出生缺陷疾病的患儿。
3. 本项目仅针对患儿在2015年1月1日（含）至2016年12月20日（含）期间产生的医疗费用进行资助。
4. 本申请表由申请人法定监护人负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性。
5. 申请人申报资料须经户籍所在地项目实施单位审核后报项目管理单位复审，由项目管理单位组织专家评审后将救助名单经省卫计委报至中国出生缺陷干预救助基金会。
6. 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。
7. 通过审批确定的救助对象名单在中国出生缺陷干预救助基金会官方网站上公示无异议后，由项目管理单位向申请人监护人寄发《资助告知书》。请申请人监护人注意查收、领取。
8. 批准资助的患儿监护人收到书面《资助告知书》后，必须按《资助告知书》要求签署回执并提交相关资助资料，办理资助手续合格后才能获得资助；
9. 出生缺陷干预救助项目对符合救助要求的出生缺陷患儿为一次性救助，对已获得一次救助的患儿不受理重复申请。社会定向捐助的患儿除外。
10. 对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，将不予救助；如已获救助，中国出生缺陷干预救助基金会保留依法追索救助款的权利。

11. 申请人在医疗过程中可能出现的医疗风险，由医患双方自行处理，基金会不承担任何责任。

12. 获得救助的申请人监护人有责任和义务为配合基金宣传提供必要的文字、照片、影像等资料，并同意使用申请人照片、影像等资料。

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。

申请人或/并监护人（签名或按手印）：

年 月 日