

附件 2

# 全区“光明行”项目 申请表

申请人近期照片贴此处

2 寸照片

申请种类： 白内障 近视 斜视 （框内画√）

申请人姓名\_\_\_\_\_性别\_\_\_\_\_年龄（周岁）\_\_\_\_\_民族\_\_\_\_\_

身份证号码\_\_\_\_\_

户籍所在地：\_\_\_\_\_盟/市\_\_\_\_\_旗县（市、区）

\_\_\_\_\_苏木、乡镇（街道）\_\_\_\_\_嘎查、村（社区）

申请日期： 年 月 日

# 申 请 须 知

一、全区“光明行”社会公益活动，为符合条件的困难家庭白内障患者和3~18岁近视、斜视儿童青少年资助手术和配镜费用。白内障患者医保报销后需自付部分，按项目医院机构约定费用据实救助。无医保的困难家庭白内障患者救助标准为2000元。近视儿童青少年配镜，每副救助标准为上限500元，不足500元的据实报销。斜视儿童青少年实施矫正手术每人救助标准为上限4000元，不足4000元的据实报销。配镜、斜视矫正每人各只享受一次救助。

二、需手术的白内障患者和斜视儿童青少年入院前，应检查当前身体健康状况。若出现影响实施手术的合并症（包括发烧、肺炎以及影响手术安全和愈后的其他疾病），应治愈并调养后再安排入院。若坚持入院需自行承担合并症的检查、治疗费用及往返路费。

三、手术后符合出院条件的白内障患者和斜视儿童青少年，须按时出院。逾期仍滞留医院的，按照医院标准收取费用，由患者和儿童青少年家庭自行承担。

四、“光明行”项目仅提供医疗资金资助。如果发生医疗纠纷或医疗事故，受助对象与医疗机构依照相关法律处理，“光明行”项目不承担医疗效果和责任。

五、受助对象及家属有责任和义务配合本项目的宣传和采访活动，并同意使用肖像、声音、动作、姓名、履历等资料及信息。

六、本申请表由白内障患者和近视、斜视儿童青少年本人或家属（监护人、配偶或子女等）如实填写，填写时请使用黑色墨水钢笔或签字笔。

填报申请表即代表已经阅读和知悉以上全部条款，并同意所有申报规定。

白内障患者 申请人 姓名				联系方式	
配偶/子女 姓名		与申请人 关系		联系方式	
近视、斜视申 请人 姓名		监护人 姓名		与申请人 关系	
				监护人 联系方式	
户籍性质	<input type="checkbox"/> 农牧区 <input type="checkbox"/> 城镇		家庭人口总数		
救助 对象	<p style="text-align: center;">低保<input type="checkbox"/>    特困<input type="checkbox"/>    监测对象<input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">(对应框内画√)</p>				
申请人 提供 佐证 材料	<p>一、身份证明材料。</p> <p>1.白内障患者需提供户口簿和身份证复印件。</p> <p>2.近视、斜视儿童青少年需提供本人及其监护人户口簿和身份证复印件。户口簿无法证实监护关系的，需提供申请人出生证明复印件或派出所开具的监护关系证明原件。</p> <p>二、困难家庭证明材料。</p> <p>1.白内障患者和近视、斜视儿童青少年属低保、特困家庭的，需提供相关证明，由旗县（市、区）红十字会协调同级民政部门核查确认。</p> <p>2.白内障患者和近视、斜视儿童青少年属监测对象家庭的需提供相关证明，由旗县（市、区）红十字会协调同级乡村振兴部门核查确认。</p> <p>三、近视配镜儿童青少年需提供发票原件。</p>				



