



Hiếu về trái tim
www.hieuvetraitim.com



ĐƠN XIN HỖ TRỢ CHI PHÍ PHẪU THUẬT TIM (HOẶC CHI PHÍ ĐIỀU TRỊ BỆNH KHÁC)

Kính gửi: Quý Hiếu về trái tim

1. Họ tên bệnh nhi: ĐINH HẠ TÂY
 Ngày sinh: 11-10-2023 Nơi sinh: Trung Tâm Y Tế huyện Sơn Tây
 Đang học lớp: Trường:
 Thường trú tại số nhà: Đường: Thôn Huy Mông
 Phường(xã): Sơn Dung Quận,(Huyện): Sơn Tây
 Thành phố/Tỉnh: Quảng Ngãi
 Điện thoại liên hệ (Hoặc số của người quen):

2. Họ tên cha: ĐINH VĂN TİM Năm sinh: 1990 ĐT: 0346097962
 Nghề nghiệp: Nông Thu nhập bình quân/tháng:

3. Họ tên mẹ: ĐINH THỊ THỌ Năm sinh: 1993 ĐT: 0984330677
 Nghề nghiệp: Nông Thu nhập bình quân/tháng:

4. Họ tên Người giám hộ: Năm sinh: ĐT:

(Trường hợp bệnh nhi không sống cùng ba/mẹ)

5. Hoàn cảnh gia đình:

- Số người ở chung với bệnh nhân: (không kể cha mẹ), ghi rõ họ tên, tuổi, nghề nghiệp, thu nhập và mối quan hệ.

STT	Họ và tên	Năm sinh	Mối quan hệ	Nghề nghiệp	Thu nhập bình quân/năm
01	Đinh Thị Yến Hằng	2011	chị	Học Sinh	

- Tài sản gia đình:

+ Nhà ở: Sở hữu Thuê Của người khác

+ Diện tích: 50 (m²), làm bằng nền gỗ tường gỗ mái ngói

+ Vật dụng gia đình: Tivi 0 (cái), tủ lạnh 0 (cái), máy tính 0 (cái)

+ Phương tiện đi lại: xe máy 01 (chiếc), xe đạp 0 (chiếc)

+ Đất đai/cây trồng: diện tích (m²)

+ Những đặc điểm khác:

.....

.....

- Khả năng của gia đình có thể đóng góp vào chi phí phẫu thuật/điều trị:..... *Không có*

(Thanh toán trực tiếp cho bệnh viện)

- Bảo hiểm (có hiệu lực đến thời điểm hiện tại)

+ BHYT học sinh

1 năm

2 năm

3 năm

+ BHYT trẻ em dưới 6 tuổi

✓ có

không

- Nêu rõ hoàn cảnh gia đình (viết chi tiết gia cảnh):

Gia đình thuộc hộ nghèo, hai vợ chồng làm nông, không có thu nhập ổn định, không có tiền phẫu thuật cho con.

- Phân kê về tình hình bệnh nhân (kể chi tiết):

(Phát hiện bệnh khi nào, cách điều trị, khám ở bệnh viện nào, mấy lần.v.vv..)

phát hiện tại bệnh viện Sản nhi Quảng Ngãi.

Tôi xin cam đoan những thông tin và hình ảnh thực tế, tôi cung cấp là hoàn toàn chính xác và đúng sự thật.

Tôi đồng ý để Quý Hiệu về trái tim được quyền sử dụng (dưới bất kỳ hình thức nào) đối với hình ảnh của bệnh nhi (là con, cháu, người thân của chúng tôi, người mà chúng tôi được quyền đại diện) vào mục đích phục vụ các hoạt động truyền thông và các hoạt động khác của Quý; cũng như được quyền gửi/chia sẻ cho các đối tác của Quý hoặc bất kỳ bên thứ ba nào có liên quan đến hoạt động của Quý.

Xác nhận của chính quyền địa phương

(Nêu ý kiến, ký tên và đóng dấu)



KT. CHỦ TỊCH
PHÓ CHỦ TỊCH

Dinh Văn Dũng

Ngày *28* tháng *2* năm *2024*

Người làm đơn

(Ký và ghi rõ họ tên)

Tim
Dinh Văn Tim