



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

Kính gửi: Quỹ Hiếu về trái tim

1. Họ tên bệnh nhi: Đinh Tô Ki Na

Ngày sinh: 19/9/2014 Nơi sinh: Sơn Thành, S. Hà Giang

Đang học lớp: 4B Trường: TTH. Sơn Thành

Thường trú tại số nhà: Đường:

Phường(xã): Sơn Thành Quận(Huyện): Sơn Hà

Thành phố/Tỉnh: Quảng Ngãi

Điện thoại liên hệ (Hoặc số của người quen): 03855.777.61 - 0393251.895

2. Họ tên cha: Đinh Văn Hoài Năm sinh: 1986 ĐT: 0393251895

Nghề nghiệp: Thu nhập bình quân/tháng:

3. Họ tên mẹ: Đinh Thị Khoang Năm sinh: 1987 ĐT: 03855.777.61

Nghề nghiệp: Thu nhập bình quân/tháng:

4. Họ tên Người giám hộ: Đinh Thị Khoang Năm sinh: 1987 ĐT: 03855.777.61
 (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

- Tài sản gia đình:

- + Nhà ở Sở hữu Thuê Của người khác
- + Diện tích: 20 (m²), làm bằng nền gạch tường tay mái ngói
- + Vật dụng gia đình: Tivi 1 (cái), tủ lạnh 1 (cái), máy tính 1 (cái)
- + Phương tiện đi lại: xe máy 1 (chiếc), xe đạp 1 (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: (Thanh toán trực tiếp cho bệnh viện)
- Bảo hiểm (có hiệu lực đến thời điểm hiện tại)
- | | | | |
|---------------------------|-------|-------|---|
| + BHYT học sinh | 1 năm | 2 năm | <input checked="" type="checkbox"/> 3 năm |
| + BHYT trẻ em dưới 6 tuổi | có | không | |
- Nêu rõ hoàn cảnh gia đình (viết chi tiết gia cảnh):
- Không có anh chị em, gia đình có 1 con là em trai.



- Phần 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..)

Mới phát hiện ngày 29/12/2024

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 Quỹ Hiểu 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 Quỹ; cũng như được quyền gửi/chia sẻ cho các đối tác của Quỹ hoặc bất kỳ bên thứ ba nào có liên quan đến hoạt động của Quỹ.

Ngày 29 tháng 12 năm 2024.

Người làm đơn
(Ký và ghi rõ họ tên)

Dinh Thị Thành

Xác nhận của chính quyền địa phương
(Nêu ý kiến, ký tên và đóng dấu) THÀNH



Dinh Thị Thành