



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



**Kính gửi : Quỹ Hiệu về trái tim**

1. Họ tên bệnh nhi: Đỗ Gia Hưng  
 Ngày sinh: 29/1/2023 Nơi sinh: Bệnh viện Phụ Sản Nhi, Thành Phố Đà Nẵng  
 Đang học lớp: ..... Trường: .....  
 Thường trú tại số nhà: ..... Đường: .....  
 Phường(xã): Thị trấn Phước Mỹ Quận,(Huyện): Thị trấn Phước Mỹ  
 Thành phố/Tỉnh: Quảng Ngãi  
 Điện thoại liên hệ (Hoặc số của người quen): 0979381149  
 2. Họ tên cha: Đỗ Tấn Can Năm sinh: 1994 ĐT: 0979381149  
 Nghề nghiệp: Nông Thu nhập bình quân/tháng: .....  
 3. Họ tên mẹ: Nguyễn Thị Lan Năm sinh: 1993 ĐT: 0979381149  
 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)

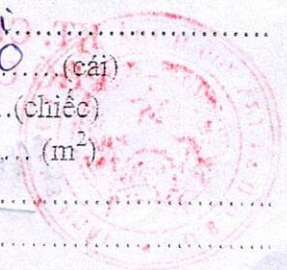
**5. Hoàn cảnh gia đình:**

- 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
1	<u>Đỗ Nguyễn Bảo Châu</u>	<u>2018</u>	<u>Chị</u>	<u>Học sinh</u>	

**- Tài sản gia đình:**

+ Nhà ở:  Sở hữu  Thuê  Của người khác  
 + Diện tích: 0 (m<sup>2</sup>), làm bằng nền: gạch tường: gạch mái: ngói  
 + Vật dụng gia đình: Tivi: 1 (cái), tủ lạnh: 0 (cái), máy tính: 0 (cái)  
 + Phương tiện đi lại: xe máy: 1 (chiếc), xe đạp: ..... (chiếc)  
 + Đất đai/cây trồng: 0 diện tích: ..... (m<sup>2</sup>)  
 + Những đặc điểm khác: 0



- 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	3 năm
+ BHYT trẻ em dưới 6 tuổi	Xó	không	

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

- Gia đình thuộc diện Khó khăn

- Khu vực đặc biệt Khó khăn

- Hiện nay gia đình không có tiền phẫu thuật cho con.



- Phần kể 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 Trường Tiểu học Bà Giang vào ngày 15/12/2023

- Có đơn của Bệnh viện Hoàn Mỹ Đà Nẵng về thăm khám

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 Hiếu 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 18 tháng 12 năm 2023

Người làm đơn  
(Ký và ghi rõ họ tên)

*Lan*  
Nguyễn Thị Lan

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



**KT. CHỦ TỊCH**  
**PHÓ CHỦ TỊCH**

*Bùi Quang Dân*