



Dán hình của
bệnh nhi: 3x4
(Đóng dấu giáp
lai)

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

Kính gửi : Quý Hiểu về trái tim

1. Họ tên bệnh nhi: *Bản Khanh Linh*

Ngày sinh: *18/06/2022* Nơi sinh: *Bệnh viện da khoa huyện Bảo Thắng*

Đang học lớp: Trường:

Thường trú tại số nhà: *Làng Chèng* Đường: *Làng Chèng*

Phường(xã): *Sơn Hải* Quận(Huyện): *Bảo Thắng*

Thành phố/Tỉnh: *Lào Cai*

Điện thoại liên hệ (Hoặc số của người quen): *0354.008.730*

2. Họ tên cha: *Bản Văn Khanh* Năm sinh: *2000* ĐT: *0354.008.730*

Nghề nghiệp: *Lâm nông* Thu nhập bình quân/tháng: *4.000.000*

3. Họ tên mẹ: *Lê Thị Ngọc thường* Năm sinh: *2001* ĐT: *0385.123524*

Nghề nghiệp: *Lâm nông* Thu nhập bình quân/tháng: *0. Không có*

4. Họ tên Người giám hộ: *Bản Văn Khanh* Năm sinh: *2000* ĐT: *0354.008.730*

(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 ghiệp	Thu nhập bình quân/năm
1	<i>Bản Văn Lợi</i>	<i>1982</i>	<i>Ông nội</i>	<i>Lâm nông</i>	<i>30.000.000</i>
2	<i>Dặng Thị Phênh</i>	<i>1982</i>	<i>Bà nội</i>	<i>Lâm nông</i>	<i>Không có</i>
3	<i>Bản Thị Hương</i>	<i>2002</i>	<i>Cô</i>	<i>Lâm nông</i>	<i>Không có</i>

- Tài sản gia đình:

+ Nhà ở Sở hữu Thuê Của người khác

+ Diện tích: *28* (m²), làm bằng nền: *Số móng*, tường: *gạch*, mái: *bê tông*.

+ Vật dụng gia đình: Tivi: *1* (cái), tủ lạnh: *1* (cái), máy tính: *0* (cái)

+ Phương tiện đi lại: xe máy: *1* (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:.....

(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 đang nằm trong vùng thuộc dân tộc thiểu số

- 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 bệnh khi bé mới sinh

Đi khám định kỳ và theo dõi

Nhà khám ở bệnh viện da khoa huyện Bảo Thắng

Đã khám tại bệnh viện sản Nhi Lai Châu

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 30 tháng 12 năm 2022

Người làm đơn

(Ký và ghi rõ họ tên)

Khánh

Bùi Văn Khánh

Xác nhận của chính quyền địa phương

(Nêu ý kiến, ký tên và đóng dấu)



PHÓ CHỦ TỊCH

Nguyễn Mạnh Sỹ