



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



Kính gửi : Quỹ Hiểu về trái tim

1. Họ tên bệnh nhi: Hồ LINH PHƯƠNG

Ngày sinh: 21/11/2020 Nơi sinh: B.V. Thủ ngõ, Ôn Khoa Ngõ A

Đang học lớp: Nhavan trae? Trường: Nhà mua kim Sí

Thường trú tại số nhà: Đường:

Phường(xã): Thị trấn Kim Sí Quận(Huyện): Quảng Phay

Thành phố/Tỉnh: Ngãy Án

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

2. Họ tên cha: Hồ XUÂN LINH Năm sinh: 1987 ĐT: 0393.639.666

Nghề nghiệp: Tay áo Thu nhập bình quân/tháng: 1000.000đ

3. Họ tên mẹ: Quang Thị Trà Giang Năm sinh: 1987 ĐT: 0973.474.736

Nghề nghiệp: Công chúa Thu nhập bình quân/tháng: 4.000.000đ

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

- Tài sản gia đình:

+ Nhà ở Sở hữu Thuê Của người khác

+ Diện tích:(m²), làm bằng nềntườngmái

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

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

+ Đất đai/cây trồng:diện tích(m²)

+ Những đặc điểm khác:

.....

.....

SƯT ỦY NHẤT

- 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 <input type="checkbox"/>	2 năm <input type="checkbox"/>	3 năm <input type="checkbox"/>
+ BHYT trẻ em dưới 6 tuổi	có <input checked="" type="checkbox"/>	không <input type="checkbox"/>	
- Nêu rõ hoàn cảnh gia đình (viết chi tiết gia cảnh):

Bố cháu là lao động tự do, làm việc không ổn định và
đã bị phát hiện từ năm 2012 đến nay. Hiện nay bố cháu bị suy
vết tháo dỡ và khuyết tật 10% tại BV Lao và Phổi
Nghệ An. Mẹ cháu là bà Nguyễn Thị Huyền là lao động
không ổn định, làm việc bán trú phục vụ tại xã
Võ Cát Hồ, huyện Quỳnh Lưu, tỉnh Nghệ An. Bà
cháu bị liệt chân và què, mẹ cháu đang婕椒病

- Phản 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..)

- Ngày 11/2020 phát hiện tại lò thát trại KV Lai Vung
tỉnh Đồng Nai.
- Ngày 11/2020 được xác định bệnh lao, BanNY theo dõi tại
BV Sóc Nhí Nghệ An.
- Ngày 7/2022 bệnh nhân được khám và theo dõi tại KV Tỉnh Hà Nam
- Ngày 11/2022 bệnh nhân đến chẩn đoán phẫu thuật.

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.

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

Ngày... tháng..... năm...

Người làm đơn
(Ký và ghi rõ họ tên)

Quyết định



Trần Văn Thảo