



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: PHẠM MINH TRAI

Ngày sinh: 09/10/2021 Nơi sinh: Cao Lầu - Ba Vì - Hà Nội Quận Ngã

Đang học lớp: MG 1b A Trường: Mầm Non Ba Vì

Thường trú tại số nhà: 100 Lô Mùn Đường:

Phường(xã): Ba Vì Quận(Huyện): Ba Vì

Thành phố/Tỉnh: Quận Ngã

Điện thoại liên hệ (Hoặc số của người quen): 0327 128 917

2. Họ tên cha: Phạm Văn Tráo Năm sinh: 11/11/1993 ĐT:

Nghề nghiệp: Nông Thu nhập bình quân/tháng:

3. Họ tên mẹ: Phạm Thị Út Năm sinh: 11/11/1998 ĐT:

Nghề nghiệp: Nông Thu nhập bình quân/tháng:

4. Họ tên Người giám hộ: Phạm Thị Út Năm sinh: 11/11/1998 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	Phạm Thị Bích	2013	Chị gái	hta ninh	

- Tài sản gia đình:

- + Nhà ở Sở hữu Thuê Của người khác
- + Diện tích: 50 (m²), làm bằng nền xi măng tường gạch mái ngói
- + Vật dụng gia đình: Tivi.....(cái), tủ lạnh.....(cái), máy tính.....(cái)
- + Phương tiện di lại: xe máy.....1.....(chiếc), xe đạp1.....(chiếc)
- + Đất đai/cây trồng:diện tích..... (m²)
- + Những đặc điểm khác:

Lưu ý: Khi gửi

- 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 có hoàn cảnh khó khăn
- Cha mẹ không có việc làm cùn đinh thu nhập rất thấp
- Không có tiền để phải thuê nhà cho con

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

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

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 UBND xã/phường
(Nếu ý kiến, ký tên và đóng dấu)



Phạm Văn Chon

Ngày 26. tháng 10. năm 2011,
Người làm đơn
(Ký và ghi rõ họ tên)

Đỗ

Phạm Thị Đỗ