



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

Kính gửi : Quý Hiệu về trái tim

1. **Họ tên bệnh nhi:** PHAM TAN SINH
 Ngày sinh: 13/04/2020 Nội sinh: Bình Văn Sơn, Nhi: Trần, Quảng Ngãi
 Đang học lớp: Mẫu giáo Nhỏ Trường: Năm Môn Xã Bà Đ. C. G.
 Thường trú tại số nhà: Đường:
 Phường(xã): Ba Thành Quận, (Huyện): Ba T. Đ.
 Thành phố/Tỉnh: Quảng Ngãi
 Điện thoại liên hệ (Hoặc số của người quen):

2. **Họ tên cha:** Phạm Văn Sơn Năm sinh: 1987 ĐT: 0966.485.989
 Nghề nghiệp: Bò Đai Thu nhập bình quân/tháng: 2.000.000

3. **Họ tên mẹ:** Phạm Thị Thủy Loan Năm sinh: 1989 ĐT: 0969.877.189
 Nghề nghiệp: Điều Dưỡng Thu nhập bình quân/tháng: 2.000.000

4. **Họ tên Người giám hộ:** Trần Thị Lai Năm sinh: 1968 ĐT: 0356.752.231
 (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
01	Trần Thị Lai	1968	Bà Ngoại	Nông	
02	Phạm Thiệu Ân	2022	Em ruột	Cơ Nhỏ	

- Tài sản gia đình;

+ Nhà ở: CẤP A Sở hữu Thuê Của người khác
 + Diện tích: 60 (m²), làm bằng nền Xi măng, trồng gao, mái Ngói
 + Vật dụng gia đình: Tivi: 1 (cái), tủ lạnh: 1 (cái), máy tính: K (cái)
 + Phương tiện đi lại: xe máy: 2 (chiếc), xe đạp: K (chiếc)
 + Đất đai/cây trồng: K diện tích: K (m²)
 + Những đặc điểm khác: K

· Khả năng của gia đình có thể đóng góp vào chi phí phẫu thuật/điều trị: Không có khả năng
(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):
Ông chồng sinh con đầu lòng năm 2011, khi sinh ra bé đã mắc chứng bệnh thiếu năng trí tuệ và chứng đi vạy nhiều lần của bé, đi toilet bị nhiều nỗi nhường về không khỏe đến năm 2018 bé qua đời. Gia đình làm việc cao cả, họ có 2 con, 1 con như chứng chất chua có khả năng làm ăn và ở tam cùng nhà mẹ về chăm lo cho 2 con con nhỏ và 2 bên gia đình mỗi ngày, 1 tuần ở bên với 1 tuần ở bên ngoài chăm sóc từ khi bé đến nay.

- Phân 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..)
Cháu đi khám bệnh viện nào về chữa ngu ngờ hoặc phát hiện các triệu chứng về bệnh tật của con do con con nhỏ.

Mới biết bệnh của con ngày 23/10/2024 có đoàn khám tìm kiếm sinh tố chất đạm tại trường Mầm Non Xã Ba Động phát hiện.

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

Xác nhận của UBND xã/phường
(Nêu ý kiến, ký tên và đóng dấu)



Phạm Văn Mác

Ngày 25 tháng 10 năm 2024

Người làm đơn
(Ký và ghi rõ họ tên)

Phạm Văn Sâm

Phạm Văn Sâm