Hiểu về trái tim
www.hieuvetraitim.com

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: TRẦN HẠ Y Y

Ngày sinh: 03/11/2018 Nơi sinh: Bệnh viện Sản nhi tỉnh Quảng Ngãi

Đang học lớp: 1D Trường: Tiểu học Tịnh Giang

Thường trú tại số nhà: Đội 6 Đường: Thôn Đông Hoà

Phường(xã): Tịnh Giang Quận,(Huyện): Sơn Tịnh

Thành phố/Tỉnh: Quảng Ngãi

Điện thoại liên hệ (Hoặc số của người quen): 0373330819

2.Họ tên cha: ..... **Năm sinh:** ..... **ĐT:** .....

Nghề nghiệp: ..... Thu nhập bình quân/tháng: .....

3.Họ tên mẹ: TRẦN THỊ THUỲ DUNG **Năm sinh:** 2000 **ĐT:** 0373330819

Nghề nghiệp: Lao động tự do Thu nhập bình quân/tháng: 4.500.000đ

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 ghiệp	Thu nhập bình quân/năm

- Tài sản gia đình:

+ Nhà ở Sở hữu Thuê Của người khác x

+ Diện tích: 163,0 (m^2), làm bằng nền gạch lát tường xây mái ngói

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

+ Phương tiện đi lại: xe máy 2 (chiếc), xe đạp 0 (chiếc)

+ Đất đai/cây trồng: Không có diện tích ..... (m^2)

+ Những đặc điểm khác: Không có

- **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):**

Hiếu bé Trần Thị Uy đang ở cùng ông bà ngoại điều kiện kinh tế ông bà ngoại có hoàn cảnh khó khăn thu nhập không ổn định mẹ bé đang là lao động tự do thu nhập bấp bênh là mẹ đơn thân nuôi con nhỏ

- **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..)

Được phát hiện bé bệnh khi khám sàng lọc vào ngày 26/09/2024 tại Trung tâm Mắt Tỉnh Đoàn do Quỹ bảo trợ trẻ em tỉnh Quảng Ngãi phối hợp với Bệnh viện Hoàn Mỹ đã vận động tổ chức

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... ...tháng.....năm...

Người làm đơn

(Ký và ghi rõ họ tên)

Trần Thị Thùy Dy

Xác nhận của UBND xã/phường

(Nêu ý kiến, ký tên và đóng dấu)

TM. UBND XÃ TỊNH GIANG
KT. CHỦ TỊCH
PHÓ CHỦ TỊCH

Trịnh Mai