



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

Kính gửi : Quỹ Hiếu về trái tim

1. **Họ tên bệnh nhi:** TRẦN TIẾ MÃN
Ngày sinh: 08/05/2024 **Nơi sinh:** Ấp Xóm Chùa, Xã Hòa Tân, TP CM, Tỉnh Cà Mau
Đang học lớp: **Trường:**
Thường trú tại số nhà: **Đường:** Ấp Xóm Chùa
Phường(xã): Xã Hòa Tân **Quận, (Huyện):** TP CM
Thành phố/Tỉnh: Cà Mau
Điện thoại liên hệ (Hoặc số của người quen): 0949.767.623
2. Họ tên cha: Trương Văn Tường **Năm sinh:** 1993 **ĐT:**
Nghề nghiệp: Làm ruộng **Thu nhập bình quân/tháng:**
3. Họ tên mẹ: Phạm Diễm My **Năm sinh:** 2003 **ĐT:**
Nghề nghiệp: Nội trợ **Thu nhập bình quân/tháng:**
4. Họ tên Người giám hộ: Trương Ngọc Giao **Năm sinh:** 1969 **ĐT:** 0949.767.623
 (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	Trương Ngọc Văn	1970	Ông Nội	Làm ruộng	
2	Trương Ngọc Giao	1969	Bà Nội	Nội trợ	
3	Trương Văn Tường	1993	Cha	Làm ruộng	
4	Phạm Diễm My	2003	Mẹ	Nội trợ	
5	Trương Văn Tường	1940	Ông cố	già	
6	Châu Thị Mộng	1942	Bà cố	già	

- Tài sản gia đình:

+ Nhà ở

Sở hữu ☒

Thuê ☐

Của người khác ☐

+ Diện tích: (m²), làm bằng nền tường mái

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

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

(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):

Cha của cháu Nam: bị ốm đến bệnh sinh
Mẹ của cháu Nam: làm thuê giao tiếp
Ông Nội Cháu Nam: bị ung thư thực quản
Ông cô, bà cô: già, trên 80 tuổi, bệnh
gia đình em, bà nội cháu Nam là cha mẹ người
cơ thể yếu, nuôi con tự nhiên, thu nhập hạn chế,
không đủ sinh hoạt gia đình.

- 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..)

- Bệnh được khám phát hiện vào ngày 28/11/2015 tại BVSC Cà Mau.
- BVSC Cà Mau hướng dẫn đến BV Tâm Đức.
- BV Tâm Đức hướng dẫn phẫu thuật (chẩn đoán
đi tắt tìm bơm sinh của các buồng tử cung nội, sinh
đẻ hiệu.

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 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 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...29 tháng...4 năm...2015

Người làm đơn
(Ký và ghi rõ họ tên)

giao

Phường Ngọc Giao