

Hình bệnh nhân
(4 x 6)

ĐƠN XIN HỖ TRỢ CHI PHÍ PHẪU THUẬT TIM

Ngày ___ tháng ___ năm 20__

Kính gửi: - Hội Bảo Trợ Bệnh Nhân Nghèo TP. Hồ Chí Minh

1. Họ tên bệnh nhân:.....

Ngày sinh: Nơi sinh:.....

Đang học lớp:..... Trường:.....

Công việc (nếu có):..... Thu nhập:.....

Thường trú tại số nhà:..... Đường:.....

Phường(xã): Quận,(Huyện):.....

Thành phố/Tỉnh:.....

Địa chỉ tạm trú (nếu có):.....

Điện thoại (nếu không có hãy ghi số người quen):.....

2. Họ tên cha:..... **Năm sinh:**

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

3. Họ tên mẹ:..... **Năm sinh:**

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

4. Người giám hộ:..... **Năm sinh:**

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

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					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

- 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.....(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:

- **Khả năng của gia đình có thể đóng góp vào chi phí mổ:**.....

- 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

+ BHYT (người lớn) có không

- **Nêu rõ hoàn cảnh gia đình (viết chi tiết gia cảnh):**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- **Phần kể về tình hình bệnh của bệnh nhân (kể chi tiết):**

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nay gia đình xin quý cơ quan cứu xét và hỗ trợ mổ tim giúp bệnh nhân vượt qua căn bệnh hiểm nghèo. Tôi xin cam đoan những thông tin chúng tôi cung cấp là hoàn toàn chính xác và đúng sự thật.

Xác nhận của chính quyền địa phương

Ngày ... tháng ... năm ...
Người làm đơn