**贵州省红十字基金会安媛基金**援助告知书

一、援助对象：贵州省范围内由国家建档立卡的农村贫困家庭涉“安媛计划”手术妇女。

 二、援助金额：以自付部分为限，每人补助500元。

三、援助流程 ：

1、申请人到“安媛计划”实施医院挂号登记。

2、医生做检查，界定是否纳入“安媛计划”手术范畴。

3、申请援助者向医院提交“身份证”、“精准扶贫卡”、“银行卡”复印件并填写“安媛基金申请表”。

4、医院安排手术。

5、医院先将援助资料扫描件传基金会（电子邮箱：gzshszjjh@qq.com），另每月集中寄送一次原件。

6、基金会直接向拟援助者拨付援助金（收到资料后5个工作日内拨付到指定银行账户）。

患者签名：

 年 月 日

贵州省红十字基金会：贵州省贵阳市南明区龙洞堡龙水路112号（贵州省红十字会备灾救助及文化传播服务基地）

联系人：秦正洪0851-85507095/18166732773、杨祥0851-85503715/15685179287，电子邮箱：gzshszjjh@qq.com

**贵州红十字“安媛基金”申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | 身份证号 |  |
| 出生年月 |  | 本人联系电话 |  |
| 紧急情况联系人 |  | 紧急情况联系电话 |  |
| 家庭住址 |  |
| 申请援助事由 |  |
| 贫困证明 |  是 市（州） 县 乡 村国家建档立卡的贫困家庭成员。 证明单位：（验章） 年 月 日 |
| 贵州红十字“安媛基金”管理委员会意见 | 签字： 验章： 年 月 日 |
| 贵州省红十字基金会意见 | 签字： 验章： 年 月 日 |