“精准扶贫-亮睛工程”

贫困白内障患者救助申请审批表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名： | 性别： | 年龄： | 身份证号码： | | |
| 家属姓名： | 性别： | 年龄： | 身份证号码： | | |
| 详细地址： | | | | 联系电话： |  |
| 参加医疗保险情况:新型农村合作医疗（ ）；城镇居民医疗保险（ ）；社保（ ）。 | | | | | |
| 申请救助理由：  1、建档立卡贫困人口 （ ）  2、低保户 （ ）  3、五保户 （ ）  4、残疾人 （ ）  5、特殊困难的群体 （ ）  申请人签名：  与患者关系：  年 月 日 | | | | | |
| 病史简介（疾病诊断）；  医师签名：  年 月 日 | | | | | |
| 海南爱尔新希望眼科医院意见：  签 名：  （盖 章）  年 月 日 | | | | | |

注：1、填写“参加医疗保险情况”栏，在符合括号内打√。

2、附：户口本（身份证），新农合（城镇居民医保）参保证，低保证、五保证、残疾证、抚恤证等相关证件的复印件；特殊困难的群体出具村（居）委会开的贫困证明的原件。