附件2

“我助妇儿康·大病救助”项目患者知情同意书

1.申请江苏省妇女儿童福利基金会 “我助妇儿康·大病救助”项目（以下简称“本项目”）救助资金的患者须按要求递交申报资料，并保证所有资料的真实性和完整性；

2.本项目救助对象为：困境危重新生儿；特殊困难家庭的大病儿童，民政部门认定的低保对象、特困供养人员和低保边缘家庭、支出型困难家庭四类家庭的大病儿童优先。

3.本项目同一家庭一年内只能有一人享受一次医疗救助，不得重复救助。

4.对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，江苏省妇女儿童福利基金会将追索患者所获得的全部医疗救助款，情节严重者将依法追究法律责任；

5.本申请表的递交并不代表可以获得救助，所有申请材料如有需要请自行备份，申请资料一经递交不予退回；

6.通过审批确定的救助对象，申请材料经审核无误后，将核定的救助资金拨款至患者本人或诊治医院，用于该患者治疗或生活补助费用；

7.本项目不以任何名义向患者收取任何费用，项目救助资金使用标准以网络筹款公益平台上公示详情为准；

8.患者有责任和义务配合江苏省妇女儿童福利基金会在网络筹款公益平台上公示众筹项目的执行情况，提供必要的文字、照片、影像等材料；

9.患者有责任和义务配合江苏省妇女儿童福利基金会用于公益目的宣传和采访活动，并同意使用照片、影像等资料；

10.治疗无法继续或治疗结束的患者，若救助款项有剩余，患者或患者监护人（委托监护人）同意将剩余款项退回并入本项目资金池，用于同类妇女儿童救助，并由江苏省妇女儿童福利基金会向社会公示；

11.江苏省妇女儿童福利基金会保证所有众筹款项的使用合法合规，并定期向社会公示。

12.因医疗行为引起的纠纷，江苏省妇女儿童福利基金会不承担任何责任。

**我确认已经阅读了以上全部条款，并同意所有申报规定。**

 患者或患者监护人（委托监护人）签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_\_日