

“助力成长 关爱未来”矮小症患者公益援助项目

申请资料清单

准备状态	项目资料	标 准
☐	患者项目意向书 (原件)	1. 必须是由患者本人、法定监护人正楷签字并签写日期 2. 项目医生签字并签写日期
☐	经济证明表 (原件)	1. 有工作单位者开具工资收入证明, 单位人事部盖章(或单位公章)、证明人签字、电话(座机) 2. 无工作单位者请注明现在情况及原因, 并如实填写打工、务农等情况, 并需患者户口所在地盖章、证明人签字、电话 申请人常住/户籍地的村/居委会及以上政府部门的经办人填写并签字盖公章
☐	户口本复印件 (含户口本首页)	患者本人及其法定监护人(直系亲属)户口本复印件(包含户口本首页)
☐	法定监护人身份证复印件 (正反面)	法定监护人身份证正反面复印件
☐	病历复印件	患者本人的确诊病历, 需要项目医生签字或盖章
☐	医学申请评估表	需要项目医生填写并签字或盖章
☐	检查报告复印件	1. 所有检查报告需要项目医生签字或盖章 2. 检查报告: 身高 SDS、血糖水平、血尿常规、GH 激发试验结果、肝肾功能、胰岛素水平、甲状腺功能、胰岛素样生长因子 I 及胰岛素样生长因子结合蛋白 3 测定、骨龄 X 光片报告、头部核磁报告等 3. 检查报告的日期需要在申请前 3 个月内
☐	购药发票复印件	1. 发票抬头是患者本人, 并有购药清单 2. 正规渠道购买 3 个月疗程的海之元 [®] 治疗用药 3. 发票时间需为 2018 年 7 月 1 日后、项目终止日前的正规购药发票/收据
☐	处方复印件	继续使用海之元 [®] 治疗 3 个月的处方复印件(需项目医院处方)

您可以在准备好的资料前打勾。资料邮寄地址是: 北京市 100010-03 信箱

(只接收邮政特快专递 EMS) “助力成长 关爱未来”矮小症儿童公益援助项目办公室收

援助热线: 010-86391781 (工作时间: 周一至周五 9:00-17:30 法定节假日除外)