

ĐƠN XIN TÀI TRỢ PHẪU THUẬT TIM

Ngày tháng.....năm.....

Kính gửi: - Sở Y tế tỉnh Quảng Trị;
- Tổ chức Project Việt Nam Foudation.

1.Họ tên bệnh nhân:.....

Ngày sinh: Nơi sinh:.....

Đang học lớp:..... Trường:.....

Nơi thường trú:.....

2.Họ tên cha:..... **Năm sinh:**.....

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

Điện thoại:.....

3.Họ tên mẹ:..... **Năm sinh:**.....

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

Điện thoại:.....

4.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

- 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:

.....

- Bảo hiểm Y tế: Có Không

Ngày hết hạn BHYT:.....

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

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

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

-Phần kể về tình hình bệnh của bé: (kể chi tiết)
(Phát hiện bé bệnh khi nào, cách điều trị, khám ở bệnh viện nào, mấy lần ...)

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

Tôi xin cam đoan những thông tin chúng tôi cung cấp là hoàn toàn chính xác và đúng sự thật.

Ngày ...tháng.....năm.....

Xác nhận của chính quyền địa phương

Người làm đơn