

附件一：

北京东方丝雨渐冻人罕见病关爱中心渐冻人暖心护理包项目申请表

病友信息					
患者姓名		性别		民族	
身份证号		现住址			
病前职业		文化程度			
现工作状态	<input type="checkbox"/> 上班 <input type="checkbox"/> 病假 <input type="checkbox"/> 病退 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 失业			qq 号	
联系电话		残疾证	<input type="checkbox"/> 有/编号:		<input type="checkbox"/> 无
患病情况					
发病时间	年 月	疾病类型	<input type="checkbox"/> 肌萎缩侧索硬化 ALS <input type="checkbox"/> 进行性延髓性麻痹 PBP <input type="checkbox"/> 进行性肌萎缩 PMA <input type="checkbox"/> 原发性侧索硬化 PLS 家族可有其他人患病 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
发病部位	<input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 胳膊 <input type="checkbox"/> 延髓 <input type="checkbox"/> 颈椎 <input type="checkbox"/> 腿 <input type="checkbox"/> 脚 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 其他				
确诊时间	年 月				
确诊医院		行走	<input type="checkbox"/> 独立 <input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 轮椅 <input type="checkbox"/> 卧床		
目前状况	身高 ____cm 体重 ____kg	穿衣	<input type="checkbox"/> 自理 <input type="checkbox"/> 半自理 <input type="checkbox"/> 不能自理		
服用过药物	力如太 ____ 个月 <input type="checkbox"/> 其他 (请注明)	饮食	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 流食 <input type="checkbox"/> 半流食 <input type="checkbox"/> 鼻饲 (年 月) <input type="checkbox"/> 胃造瘘 (年 月)		
医保情况	<input type="checkbox"/> 城镇医保 <input type="checkbox"/> 农村医保 <input type="checkbox"/> 没有医保	语言及呼吸	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 含混 <input type="checkbox"/> 无法言语 <input type="checkbox"/> 使用辅具交流 (视控、眼控) <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 困难 <input type="checkbox"/> 用呼吸机		
家庭状况					
监护人姓名		与患者关系		文化程度	
身份证号		联系电话			
职业		工作状态	<input type="checkbox"/> 在职 <input type="checkbox"/> 请假 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 失业		
家庭经济来源		经济水平	<input type="checkbox"/> 较高 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 困难 <input type="checkbox"/> 低保		
子女状况	已婚 ____ 人；未婚已工作 ____ 人； 在校 (大学 ____ 人、中学 ____ 人、小学 ____ 人)				
赡养老人情况		是否雇护工	<input type="checkbox"/> 是，雇佣护工 ____ 人; <input type="checkbox"/> 无		
救助内容	<input type="checkbox"/> 营养护理包 <input type="checkbox"/> 呼吸护理包 <input type="checkbox"/> 基础护理包 <input type="checkbox"/> 交流护理包				
申请救助项目					
申请内容	本人申请参加“渐冻人暖心护理包”项目，承诺提供的信息属实，同意北京东方丝雨渐冻人罕见病关爱中心通过合法途径向社会公布本人接受捐赠的情况。				
	申请人 (病友姓名) : _____ 监护人 : _____ 年 ____ 月 ____ 日				

附件二：

北京东方丝雨渐冻人罕见病关爱中心
受益对象确认书

项目执行单位	北京东方丝雨渐冻人罕见病关爱中心		
项目名称	渐冻人暖心护理包		
受益人姓名		身份证号码	
性别		联系方式	
家庭住址			
受助方式	现金 <input type="checkbox"/> 实物 <input type="checkbox"/> 劳务 <input type="checkbox"/>		
资助现金金额	-----		
资助实物名称	<input type="checkbox"/> 营养护理包 <input type="checkbox"/> 呼吸护理包 <input type="checkbox"/> 基础护理包 <input type="checkbox"/> 交流护理包		
资助实物数量			
资助实物规格			
资助实物金额	-----		

受益对象签字：

日期： 年 月 日