

吉林省红十字会易视顿眼健康救助基金申请表

姓 名		性 别		照片																		
出生日期		联系电话																				
身份证	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					
家庭住址																						
医保类型	农合() 职工医保() 居民医保() 无保险()																					
家庭情况	五保户() 低保户() 残疾人士() 军烈属() 困难家庭() 公安英模家属()																					
其他病史																						
家属姓名		联系电话																				
眼科疾病及治疗情况： 是否确诊：是() 否() 申请救助病种种类： 白内障手术() ； 飞秒近视手术() ； 玻璃体混浊手术() ； 角膜塑形术() ； 屈光问题的光学矫正() ； 斜弱视儿童() ； 其他眼病() 。 申请治疗方式：手术() ； 保守治疗() ； 其他治疗() 。																						
眼病治疗简要说明：																						
申请救助理由：																						
所在社区（村）委员会意见：																						

年 月 日

长春易视顿眼科医院意见：

年 月 日

吉林省红十字会意见：

年 月 日

温馨提示：申请人所需提供的救助资料（一式两份）

- 1、求助人病情诊断证明复印件
- 2、求助人身份证和户口本复印件。
- 3、求助人最新二寸免冠照片二张。
- 4、以上证明材料另附，与本申请表一同申报。

咨询电话：0431---88905164 400-6568-990