



中华慈善总会百因止慈善援助项目 患者告知书

亲爱的患者：

中华慈善总会百因止慈善援助项目是中华慈善总会接受百深生物科技（上海）有限公司的捐赠，对贫困的甲型血友病患者开展的资金救助项目，由中华慈善总会百因止慈善援助项目办公室进行独立审核及管理（以下简称“项目办”）。现将项目相关事宜作如下通告：

援助对象：患者知晓自己患甲型血友病，经正规医疗机构评估符合百因止注册适应症，有足够的临床证据证实患者使用百因止无严重不良反应，经济上无法支付使用百因止费用的中国大陆贫困患者。因为援助资金有限，满足上述条件并不等于一定能得到援助。

患者医学条件：

- 经正规医疗机构确诊为甲型血友病；
- 符合百因止药品注册适应症；
- 有足够的临床证据证实患者使用百因止无严重不良反应。

患者经济条件：

- 确诊为甲型血友病之前就持有低保证，且用药期间一直享受低保金待遇的患者；
- 经相关机构证实的低收入患者（通过医疗保险等形式已达到百因止购药费用全额报销的患者不在援助范围内）。

项目申请规定：

- 满足上述医学和经济条件的患者，自愿申请本项目，并确保提交的全部资料真实准确。18周岁以下患者需由第一监护人提出援助申请。
- 患者按照《中华慈善总会百因止慈善援助项目患者申请表》中填表说明的要求准备资料，邮寄到项目办进行审核，审核次序根据项目办每次接收到患者资料的时间先后次序而定。
- 项目办每次收到患者资料后，审核时间为10个工作日。逾期未接到审核结果通知的患者，请主动来电查询审核结果。

项目援助规定：

- 受助患者购药票据经医保报销后，项目对医保已报销范围内的部分给予一定比例的资金援助。
- 已经批准获得援助的患者，务必仔细阅读并妥善保管《患者入组通知》，牢记唯一号码，按照项目规定接受援助。
- **患者本人或其委托代领人，按照患者医保所在地区的指定地方慈善会规定的时间、地点领取援助资金，并携带相关资料：**
 1. 需出示患者本人身份证原件（18周岁以下患者提供户口本原件）、《患者入组通知》原件。
 2. 需提交患者购买百因止药品且经医保报销后的发票（原始发票中药品名称、购买数量、单价、总价等重要信息未显示的，需要提供相应的购药明细清单）、医保结算单（发票中未显示患者报销金额及自付金额的必须提供医保结算单）等资料。（医保已报销回收原件的，上述资料可提供复印件加盖医保部门公章。）
 3. 由委托人代领援助资金的，除上述资料外，还需要提供受委托人身份证原件和复印件。
 4. 地方慈善会要求的其他资料。
- 非患者本人姓名、无购药日期、无药品名称、无购买数量、无单价等重要信息，且不能提供购药明细清单原件的发票无效。
- 每次领取援助资金时，仅可以使用上一次报销日期之后的发票，发票禁止重复使用。
- 中华慈善总会及相关审计部门有权随时对受助患者的医学及经济情况进行抽查复核，请患者妥善保存您在申请及受助期间的病历资料。
- 患者及直系亲属同意项目办工作人员对患者用药所产生的不良事件进行询问及登记，患者使用百因止产生的不良事件均由患者自主上报。

患者出组标准:

已经批准入组的患者在出现以下任何一个情况时, 将自动退出项目:

- 患者自动放弃援助资格。
- 患者去世。
- 患者使用百因止出现严重不良反应。
- 患者使用重复发票到地方慈善会领取援助资金。
- 患者受助期间, 经济条件变化而不再符合项目援助范围。
- 患者通过医疗保险等形式已达到百因止购药费用全额报销。
- 患者提供不实的医学、经济、身份证明等资料。
- 患者不能配合抽查或抽查结果不合格。
- 患者及家属严重干扰中华慈善总会、地方慈善会等项目相关人员正常工作秩序, 或为了得到项目援助, 向上述机构或人员行贿。
- 因不可抗力致使项目终止。

中华慈善总会百因止慈善援助项目联系方式:

- 项目热线: 010-51672086 (工作日 9:00-11:30, 13:00-17:00)
- 项目传真: 010-51672084
- 项目网站: www.baiyinzhiccf.org (项目表格可从该网站下载, 使用 A4 纸张打印或复印)
- 邮寄地址: 北京市 100034 信箱 30 分箱 (仅接收中国邮政 EMS)
- 邮政编码: 100034
- 收件人: 百因止项目

特别声明:

- 中华慈善总会对患者信息将严格保密, 患者信息仅用于项目的管理、执行和审计, 以及患者户籍或医保所在地相关政府部门。
- 在申请、受助过程中, 患者本人及家属言行对中华慈善总会及合作方造成损失的, 患者及家属要承担相应的责任。
- 本项目为慈善项目, 患者自愿申请。中华慈善总会对患者的身体状况、病情及治疗不承担任何责任和义务。
- 患者在用药过程中出现的不可预知的不良事件 (如药物不良反应等), 请患者及时咨询医生, 并按照医生的医嘱决定用药与否。
- 患者及直系亲属同意百因止捐赠方百深生物科技 (上海) 有限公司药品安全工作人员对患者用药所产生的不良事件进行询问及登记。
- 项目相关规定均以中华慈善总会百因止慈善援助项目办公室发布的正式信息为准, 中华慈善总会不为患者误听误信其它渠道信息产生的后果承担责任。
- 在申请、受助期间, 患者及家属应该保证联系方式畅通, 同时主动拨打项目热线电话咨询、登录项目官方网站查询相关信息, 患者联系方式变更时, 应及时通知项目办。凡因患者自身原因导致的沟通不畅、提交资料不合格、准备资料时间过长等因素, 而造成患者用药中断、受助延误、病情进展等后果, 中华慈善总会不承担责任。
- 本项目为慈善援助项目, 本项目工作人员不得对您收取任何费用。如发现上述行为, 请您立即举报。如您或您的家属有向上述人员行贿的行为, 您也将失去受助的机会。
- 因不可抗力导致患者无法得到项目援助的, 中华慈善总会不承担责任。
- 对项目申请和受助过程中出现的任何问题, 患者及家属与中华慈善总会百因止慈善援助项目办公室协商解决。协商不成, 向中华慈善总会所在地法院提起诉讼, 由法院判决。
- 中华慈善总会百因止慈善援助项目办公室对项目拥有最终解释权。





中华慈善总会百因止慈善援助项目 患者知情同意书

患者本人在此申明：我知晓自身病情，自愿按照程序申请中华慈善总会百因止慈善援助项目，我已经完全知晓《中华慈善总会百因止慈善援助项目患者告知书》及《中华慈善总会百因止慈善援助项目患者申请表》中《填表说明》的全部内容。

患者本人在此郑重承诺：我或我的委托人能够按时前往医保所在地区的慈善机构领取援助资金。在申请、受助期间，均提供真实准确的资料，愿意接受中华慈善总会的调查核实及审计抽查，同意并将严格遵守中华慈善总会百因止慈善援助项目的各项规定。我愿意承担未如实申报或违反项目任何规定所产生的包括申请得不到批准或援助立即终止等全部后果。如患者本人或本人亲属任何言行对中华慈善总会以及地方慈善机构等项目合作方造成损失的，我将承担相应责任。

患者签字：

签字日期：

（如患者无书写能力，患者签字处可由亲属代为填写，患者本人在签字处按手印）

患者保留



中华慈善总会百因止慈善援助项目 患者知情同意书

患者本人在此申明：我知晓自身病情，自愿按照程序申请中华慈善总会百因止慈善援助项目，我已经完全知晓《中华慈善总会百因止慈善援助项目患者告知书》及《中华慈善总会百因止慈善援助项目患者申请表》中《填表说明》的全部内容。

患者本人在此郑重承诺：我或我的委托人能够按时前往医保所在地区的慈善机构领取援助资金。在申请、受助期间，均提供真实准确的资料，愿意接受中华慈善总会的调查核实及审计抽查，同意并将严格遵守中华慈善总会百因止慈善援助项目的各项规定。我愿意承担未如实申报或违反项目任何规定所产生的包括申请得不到批准或援助立即终止等全部后果。如患者本人或本人亲属任何言行对中华慈善总会以及地方慈善机构等项目合作方造成损失的，我将承担相应责任。

患者签字：

签字日期：

（如患者无书写能力，患者签字处可由亲属代为填写，患者本人在签字处按手印）

中华慈善总会保留

填表说明

1. 本表可由患者本人或者直系亲属填写，其中患者签字部分务必由患者本人填写，如患者无书写能力，需要家属代签字后，由患者本人在自己签名处加盖手印。
2. 本表需要用钢笔或者圆珠笔逐栏正楷填写，不得涂改，不得空缺，没有填“无”。
3. 请患者认真阅读本表格每页下方的填表说明，按照要求准备相关材料，填写相关信息。

● 需邮寄材料（所有材料请勿粘贴，并全部使用 A4 纸张打印或者复印）

1. 身份证明：

- 患者本人有效期内二代身份证（正反面）复印件 1 份，未成年患者如无身份证需提供本人户口本复印件 1 份。
- 患者本人和患者直系亲属（包括患者的父母、配偶、全部子女）的户口本复印件各 1 份。
- 患者近期 1 寸免冠彩照 1 张（不含已经粘贴在表格上的）。
- 患者本人医保卡复印件 1 份。
- 低保患者需要提供低保证复印件及低保金领取记录。

2. 经济证明：

- 《中华慈善总会百因止慈善援助项目患者申请表》1 份。
- 《患者基本信息登记表》和《患者直系亲属经济情况登记表》需要由本人工作单位加盖公章；退休的需要写清单位名称；无业、务农的可到当地社区居委会、村委会盖章；不满十八周岁的无需加盖证明公章；年满十八周岁的在校学生需要到学校加盖公章；出国学习工作或者定居的需要提供经济状况公证书，公证内容包括表格中所涉及的全部内容。
- 对于拥有以下任意一项高额资产的，需要按如下要求申报：
 - a) 高档房产（请写明房屋地址、建筑面积、产权所有人）
 - b) 高档汽车（请写明品牌型号、购买时间、购买价格）
 - c) 金融资产（包括存款、股票、基金、债券等，请写明填报时金额）
 - d) 私营企业（请注明公司名称、成立时间、注册资本、经营范围）
- 18 周岁以下患者或成年患者因个人原因无法亲自前往地方慈善会领取援助资金的，需要填写《援助资金领取委托书》并提供代领人身份证复印件。

3. 医学证明：

- 患者疾病诊断证明材料（诊断证明、门诊病历或住院病历）。

特别提示：

- 1、请患者在确诊为甲型血友病，并计划采用百因止药品治疗时就向项目办提交申请资料。
- 2、请务必仔细阅读《中华慈善总会百因止慈善援助项目患者告知书》的全部内容，妥善保管领取援助资金时需要提交给患者医保所在地区的指定地方慈善会的相关资料。
- 3、因每位患者具体情况不同，会产生提交其他辅助材料的可能，请以项目办具体通知为准。



中华慈善总会百因止慈善援助项目 患者直系亲属经济情况登记表

姓名:	性别:	年龄:	与患者关系:
移动电话:	固定电话:		
工作单位名称(无单位注明目前状况):			
工作部门及职务:	工作时间: 自		年至
近一年总收入(必填):	证明单位公章:		
证明单位电话:			
资产状况			
本人是否拥有高额资产(含高档房产、高档汽车、金融资产、私营企业等): <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, 如果选“是”, 请详细注明所拥有高额资产的具体情况:			

填表说明:

- 1、患者的直系亲属包括父母、配偶、全部子女, 均需填写本页, 如不够填写, 本页可复印使用。
- 2、对于拥有以下任意一项高额资产的, 需要按如下要求申报:
 - a) 高档房产(请写明房屋地址、建筑面积、产权所有人)
 - b) 高档汽车(请写明品牌型号、购买时间、购买价格)
 - c) 金融资产(包括存款、股票、基金、债券等, 请写明填报时金额)
 - d) 私营企业(请注明公司名称、成立时间、注册资本、经营范围)



中华慈善总会百因止慈善援助项目 援助资金领取委托书

本人因 未成年 / 行动不便 (请勾选), 特申请由 _____ (代领人姓名 1) 代领援助资金, 代领人与患者关系为 _____ 或者由 _____ (代领人姓名 2) 代领援助资金, 代领人与患者关系为 _____。

患者本人愿意承担因代领人违反项目任何规定所产生的包括申请得不到批准或援助立即终止等全部后果。

特别提示:

- 1、18 周岁以下患者必须填写此委托书。
- 2、代领人需为患者的直系亲属, 即患者的父母、配偶、子女。
- 3、需提供代领人的身份证复印件 (正反面) 一份。
- 4、如患者更换代领人, 需要重新填写此委托书并提供代领人相关资料。

患者姓名: _____

患者本人按手印: _____

代领人 1 签字: _____

签字日期: _____

代领人 2 签字: _____

签字日期: _____