|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **亮睛工程马凡综合征光明行**  **受助对象申请表** | | | | | | |
| 材料提交人信息 | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 | |  | 出生日期 |  |
| 家庭地址 |  | | | | | |
| 身份证号 |  | | | 与受助人关系 |  | |
| 联系电话 |  | | | QQ/微信 |  | |
| 受助人信息 | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 | |  | 出生日期 |  |
| 家庭地址 |  | | | | | |
| 联系方式 |  | | | | | |
| 重症名称 |  | | | 确诊时间 |  | |
| 家庭成员 |  | | | 职业 |  | |
| 家庭成员 |  | | | 职业 |  | |
| 家庭成员 |  | | | 职业 |  | |
| 家庭人口 |  | | 年收入 |  | 收入来源 |  |
| 家庭情况说明 | 1、家庭情况；  2、受助人患病情况； | | | | | |

申请时，请提交以下材料：

1. 申请表信息请根据实际情况尽量填写，填写完成后请随其他证明材料电子版一同发送到 [info@projectvision.org.cn](mailto:info@projectvision.org.cn)
2. 18周岁以上，未接受过眼科救助手术的眼疾贫困马凡患者。
3. 身体状况良好，可以接受眼科手术。
4. 全国各地，包括港澳台地区的贫困患者。
5. 可以前往北京手术。
6. 提交申请表，资料完整。
7. 在村、乡、镇、街道或单位开具家庭贫困证明。
8. 受助人身份证和户口簿的扫描件、复印件或手机拍摄的清晰照；
9. 生活近照等其他有效的证明材料。

满足以上条件的患者可尽快提交资料，我们将电话通知统一安排前往医院接受救助。不排除术前检查发现不适合手术，由手术医院眼科医生诊断决定。本次救助在医院的所有手术治疗费全免包括检查费用、手术费、住院费、医疗诊金等医院的费用，其他个人交通、餐费自行承担。

本次光明行活动，截止2018年12月。解释权归广东省亮睛工程慈善基金会

所有。详询：0755-82760390