

申报须知

1. 该资助申请表由温州市永乐科技奖励医疗救助基金会制作并负责解释；
2. 申报人应保证所有资料的真实性和完整性；
3. 本申报表的递交并不代表已经评审获得医疗救助；
4. 永乐基金会或其委托项目实施方负责申报资料的审核和审批工作；
5. 对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，基金会将追索其所获得的全部医疗资助或者项目经费，情节严重者将依法追究法律责任；
6. 所有得到医疗资助的患者或其监护人以及项目办公室均有责任和义务为捐助
人提供必要的文字、照片、影像等材料,并积极配合基金会宣传活动；

申请人/监护人户口或身份证明复印件粘贴处：

永乐基金会白内障救助申请表

姓 名		性 别	☐ 男 ☐ 女	出生年月	
联系电话		身份证号码			
家庭住址					
监护人姓名		监护人住址			
申请救助原因					
本人或监护人 申请	本人（或我的被监护人_____）保证以上基本情况属实，并希望获得白内障复明手术救助。 （本人已阅读并同意首页申报须知）申请人签字： 年 月 日				
（注：以上各栏由申请人填写）					
社区/村委等相 关部门意见	（盖章） 年 月 日				
审批意见	（盖章） 年 月 日				

注：眼病救助患者入院当天请携带相关证件，先到眼视光医院 2 号楼 3 楼 324 防盲办录入防盲系统。