

附件 2

中国红基会天使阳光基金受助患儿治疗情况登记表

填报单位(盖章): _____ 医院 项目负责人: _____ 填表人: _____ 填表日期: _____ 金额单位: 元

序号	姓名	性别	监护人姓名	联系电话	户籍所在地	病型	入院时间	出院时间	治疗方式	费用总额	彩票金资助金额	医院减免金额	医保报销金额	医疗档案号

填表说明: 本表由定点医院填写, 每 1-2 个月报省级红十字会。中国红基会直接管理的定点医院报中国红基会。

附件 3

中国红基会天使阳光基金资助患儿登记表

填报单位：中国红十字基金会（盖章）

项目负责人：

填表人：

填表日期：

金额：元

序号	档案号	姓名	病型	治疗方式	治疗总费用	城镇居民基本医疗保险或新型农村合作医疗报销金额	城乡居民大病医疗报销金额	城乡医疗救助补偿金额	商业健康保险报销金额	彩票公益金资助金额	个人负担金额	户籍（家庭）地址				联系方式	就诊医院	
												省	市	县区	镇村			

填表说明：本表由中国红基会汇总填写，每月 10 日前上报中国红十字会总会。

附件 4

中国红基会天使阳光基金资助患儿回访情况表

回访单位(盖章): _____省(区、市)红十字会 项目负责人: 回访填表人: 回访方式:
 红基会拨款批次:

序号	档案号	回访时间	受助人姓名	受访人姓名	与受助人关系	联系电话	救助款到账情况				收到救助款时间	资助款来源	是否知道救助方	受助人目前状况	就治医院	手术时间	受助人目前状况	对地方红会和定点医院满意度
							已收到	收到金额	未查询	未收到								

填表说明:

1. 本表由省级红十字会填写。回访工作按照拨款批次进行; 在每批救助款拨出后 15 个工作日内进行回访, 回访结束后 10 个工作日内将本表报送至中国红基会;
2. 资助款来源填写“彩票公益金”或“社会捐款”。

附件 5

中国红基会天使阳光基金资助患儿抽查回访情况登记表

回访填表人:

回访方式:

回访地点:

序号	回访时间	受助人姓名	受访人姓名	与受助人关系	联系电话	资助款到账情况				收到资助款时间	受助人就治医院	治疗情况	受助人目前状况	省级红十字会回访情况			是否知道资助方	对地方红会的满意度	定点医院满意度	备注
						已收到	收到金额	未查询	未收到					已回访	回访方式	未回访				

填表说明: 本表由中国红基会社会监督巡察员填写。