

Hình
Bệnh nhân
(4 x6)

ĐƠN XIN TRỢ GIÚP CHI PHÍ MỔ TIM
APPLICATION FOR SUPPORTING THE COST OF HEART SURGERY

....., ngày ... tháng ... năm 20...

Kính gửi: - **Hội Bảo Trợ Bệnh Nhân Thành Phố Hồ Chí Minh – SAPP HCMC**

- **Nhà tài trợ/Donor:**

- **Bệnh viên/Hospital:**

Họ và Tên bệnh nhân/Patient's name:

Ngày, tháng, năm sinh/Date of birth: Nơi sinh/Place of birth:

Đang học lớp/Grade: Trường/School:

Công việc (nếu có)/Job:..... Thu nhập/Income:

Địa chỉ/Address:

+ Thường trú tại/Permanent residence: Số nhà/No: Đường/Street:

Phường, xã/Ward:..... Quận, Huyện/District:.....

Tỉnh, Thành/Province/City:.....

+ Tạm trú tại/Temporary residence: Số nhà/No: Đường/Street:

Phường, xã/Ward:..... Quận, Huyện/District:.....

Tỉnh, Thành/Province/City:.....

Điện thoại/Telephone: Nhà riêng/Home:..... Di động/Mobile:

Nhà bên cạnh/Next home: Di động/Mobile:.....

Họ tên cha/Father's name:..... Năm sinh/Year of birth:

(Hoặc người giám hộ/or Adoptive person):..... Năm sinh/Year of birth:

Nghề nghiệp/Job:..... Thu nhập/Income:

Họ tên mẹ/Mother's name:..... Năm sinh/Year of birth:

(Hoặc người giám hộ/or Adoptive person):..... Năm sinh/Year of birth:

Nghề nghiệp/Job:..... Thu nhập/Income:

Khả năng gia đình đóng góp vào chi phí mổ/Financial contribution of family for surgery cost:

.....

Nay gia đình tôi xin quý cơ quan cứu xét và hỗ trợ mổ tim cứu cháu vượt qua căn bệnh hiểm nghèo/My family would like to ask the consideration and financial support for my child to be operated to overcome serious heart disease.

Xin chân thành cảm ơn/Thank you very much.

Xác nhận của chính quyền địa phương
Certified by Local Authority

Người làm đơn/Applicant's signature

BẢNG TỔNG HỢP NGUỒN TÀI CHÍNH HỖ TRỢ MỔ TIM

- Chương trình phẫu thuật cứu trẻ em bệnh tim bẩm sinh.
- Với lương tâm và trách nhiệm các bên đồng thuận mổ tim cứu cháu.

1. Họ tên bệnh nhân:
Sinh ngày: Nơi sinh:
Đang học lớp: Trường:
Công việc nếu có:
2. Địa chỉ:
Hộ khẩu trường trú:
.....
Tạm trú tại:
.....
Số điện thoại của nhà hoặc của hàng xóm gần nhất:
3. Bệnh viện: Giấy báo chi phí mổ là:
Ngày Tháng Năm.....
4. Gia đình đóng góp:
5. Nhà tài trợ:
Giúp.....
6. Địa phương giúp:
7. Hội BTBNN TP.HCM giúp:.....
Gồm những nhà hảo tâm:
8. Bệnh viện: Giám:.....
 - Được nộp vào bệnh viện: đồng, trước khi mổ.
Viết bằng chữ:
 - Riêng Hội BTBNN TP.HCM chuyển khoản.

Tinh
(Ký tên)

Gia đình
(Ký tên)

BẢNG TỰ KHAI / PATIENT'S WRITING

Họ và Tên bệnh nhân/Patient's name:

Ngày, tháng, năm sinh/Date of birth:

Nơi sinh/Place of birth:

Địa chỉ/Address:

+ Thường trú tại/Permanent residence: Số nhà/No: Đường/Street:

Phường, xã/Ward: Quận, Huyện/District:

Tỉnh, Thành/Province/City:

+ Tạm trú tại/Temporary residence: Số nhà/No: Đường/Street:

Phường, xã/Ward: Quận, Huyện/District:

Tỉnh, Thành/Province/City:

Điện thoại/Telephone: Nhà riêng/Home: Di động/Mobile:

Nhà bên cạnh/Next home: Di động/Mobile:

Hoàn cảnh gia đình/Family Status:

+ Tài sản/Property:

- Nhà ở/House: Diện tích/Square meter:

- Sở hữu/Owned (hay thuê/orrent):

- Phương tiện sinh hoạt/Home appliance (TV, tủ lạnh, máy lạnh, xe máy, xe đạp/TV, fridge, air-conditioner, motobike, bicycle)

- Đất đai/Land (Trồng cây/Planting):

+ *Những đặc điểm khác (kể rõ chi tiết về hoàn cảnh gia đình/ order chracters:*

Xác nhận của chính quyền địa phương
Certified by Local Authority

Người khai
Applicant's signature