

附 2：申报须知（单面打印）

上海市红十字会造血干细胞移植救助项目 申报须知

1. 本申请表由上海市红十字会根据《上海市红十字会造血干细胞移植救助项目实施方案》印制并负责解释。
2. 该项目申请对象必须同时符合以下条件：
 - (1) 患者具有上海市户籍，或在沪高校注册全日制就读生以及已参加上海市中小學生、婴幼儿住院医疗互助基金（以下简称“少儿住院互助基金”）。
 - (2) 0-18岁白血病患者申请中国红十字基金会中央专项彩票公益金大病儿童救助项目白血病患者救助，不申请本项目。
 - (3) 救助对象(家庭)收入标准：家庭中每个人近12个月的月平均工资性收入（含五险一金）均低于上年度上海市全市职工月平均工资。
 - (4) 患者已在本市造血干细胞移植定点医院施行移植手术且申报时间不超过3个月。
 - (5) 符合造血干细胞移植手术要求的适应症：急性白血病第一、第二次缓解期，其中AML-M3为第二次缓解期以后；慢性髓细胞白血病（慢性期）；非髓性淋巴瘤(III期、IV期)；多发性骨髓瘤(II期、III期)；骨髓增生异常综合症；重型再生障碍性贫血等上海市医疗保障局认定的造血干细胞移植治疗医保支付的各项适应症。
3. 申请人须提交书面申请至街（镇）红会并附以下材料：
 - (1) 定点移植医院出具的“造血干细胞移植证明”原件；
 - (2) 本人和家庭成员近12个月的收入证明材料，具体如下：

① 在职人员：个人所得税 APP 截图、社会保险缴费明细清单（可从社区事务中心、随申办-养老金模块获取）、银行流水复印件；

② 退休人员：最近一个月个人享受城保基本养老金情况复印件（可从社区事务中心、随申办-养老金模块获取）；

③ 无业人员：社区事务中心提供失业证明原件。。

(3) 身份证、户籍证明、学籍证明（或参加本市“少儿住院互助基金”证明）复印件。

(4) 高分辨配型报告复印件（自体移植可不提供）。

4. 本申请表用黑色钢笔或签字笔书写，并保证所有资料的真实性和完整性。

5. 申请人申报资料须经申请人户籍所在街（镇）级以上红十字会审核后逐级报区级红十字会审核，最后报至上海市红十字会，上海市红十字会不直接受理个人提交的救助申请。

6. 本申请表的递交并不代表可以获得救助，申请资料一经递交不予退回。

7. 本项目为一次性救助。

8. 对申报资料中出现的隐瞒、虚假、伪造等行为，一经发现，将不予救助；如已获救助，上海市红十字会保留依法追索救助款的权利。

9. 上海市红十字会只在医疗费用上给予受助申请人支持，在医疗过程中出现的任何医疗风险，均由医患双方明确责任、自行协商解决，上海市红十字会不承担任何责任。

10. 为配合项目宣传，受助申请人及其法定监护人有责任和义务向上海市红十字会提供并授权使用必要的照片、文字、视频、影像等相关资料。我确认已经阅读和知悉了以上全部条款，并同意所有申报规定。

申请人/法定监护人签名：

年 月 日