



申请智善脊梁工程手术费救助知情同意书

(认同本知情同意书的全部条款, 才能取得申请资格)

第一部分 智善公益基金会简介

智善公益基金会由8位企业家和上海一家企业共同捐资1亿元人民币设立, 2012年10月在民政部注册登记, 是由民政部直接管理的慈善组织。2020年6月, 民政部批复公募资格, 成为公募基金会。自成立以来, 坚持真做慈善、做真慈善, 遵循“捐息留本、养鸡捐蛋”的思路, 将投资收益全部用于公益慈善事业, 同时, 接受社会各界和爱心人士的捐赠。

第二部分 智善脊梁工程简介

智善脊梁工程(2013-2026年2月名称为中国梦·脊梁工程, 2026年3月改名)是智善公益基金会创建的公益慈善项目, 采取患者自筹一部分、医保报销一部分、基金会捐助一部分的方式, 向家庭困难的脊柱畸形(脊柱侧弯和强直性脊柱炎, 下同)患者捐赠部分手术费, 全国各地50岁及以下的家庭困难脊柱畸形手术患者均可申请(复员转业退伍军人不限年龄)。

2018年9月, 该项目荣获我国慈善领域的政府最高奖——第十届中华慈善奖。2021年9月, 连续多年向该项目捐赠善款总额达3250万元的慈善家黄宏李莉夫妇荣获第十一届中华慈善奖捐赠个人奖。

第三部分 郑重声明

一、申请救助的患者及家属务必认真阅读本资料。认准智善公益基金会(以下简称基金会)名称和智善脊梁工程项目名称, 谨防上当受骗。

二、申请救助并不意味着一定会得到救助。基金会将严格审核申请人提交的资料, 经调研核实评估后才能实施救助。申请资料如需补充修改, 申请人必须按要求办理, 否则, 基金会不再受理其申请。家庭条件比较优越的患者, 请把救助机会留给家庭困难者。

三、脊柱畸形手术具有一定风险, 患者是否手术治疗, 由患者及其法定监护人(以下简称监护人)决定。手术医院由患者及其监护人自主选择, 基金会不给患者指定医院和医生。

四、申请材料由患者及其监护人填报, 要确保真实完整。如果发现虚假、隐瞒、伪造等行为, 基金会拒绝捐助; 已捐助的, 将通过法律程序追回全部捐赠款, 并追究赔偿责任。

五、申请救助全程, 基金会不向患者收取任何费用, 不向申请者索要银行卡号信息。如发现有人向申请者收取钱物, 请立即向基金会或当地公安派出所举报。

六、为保证救助工作质量, 基金会只在年脊柱畸形手术量50台以上的省会城市及计划单

列市的三级甲等医院开展救助。合作开展救助的医院名单在基金会官网[合作伙伴]栏目。

基金会与医院合作的三个原则：第一，不介入任何药品和医疗用品经营；第二，不干涉治疗方案，不评价手术效果；第三，不向患者推荐医院和医生，由患者自愿在全国选择开展智善脊梁工程救助工作的医院手术。

七、患者必须在住院前网上提交申请，住院后的申请不予受理。

八、网上提交的申请资料只能修改 4 次。4 次修改后仍不符合规范要求的，不再受理。申请资料自患者初次上网提交之日起，一年内有效，逾期重新申请。

九、患者及其家属如果存在以下七种情况之一的，基金会不予救助：1. 不孝敬父母、不赡养老人的；2. 打骂医护人员的；3. 对中国共产党、中国人民解放军、社会主义制度不满的；4. 申请资料弄虚作假的；5. 向基金会工作人员及志愿者赠送钱物的；6. 使用进口医疗材料的；7. 其他公益慈善机构已参与救助的。已经捐助的，如发现有上述行为之一，基金会将通过法律手段追回全部捐赠款。

十、基金会对符合救助条件的患者只捐助一次。捐赠款直接汇入患者手术医院账户，与个人银行卡无关，由医院全部用于患者住院期间的手术治疗费用，患者及其监护人保证不挪作他用。除手术治疗费外的食宿交通费用及其它费用均由患者自理。患者出院结算时自行与医院财务落实捐赠款使用，如果未使用捐赠款就出院结算，医院只能将捐款退回基金会。

十一、基金会捐赠的手术治疗费为公益慈善性质，对患者手术治疗结果不承担任何责任，因手术治疗产生的一切争议均与基金会无关。

十二、基金会不接受上门求助。请不要到基金会办公地点申请、送资料等。

第四部分 申请步骤

【第一步】加基金会秘书处微信号 18501056623，以便调研评估。

添加时请备注患者姓名、省名、地级市(州、盟、地区)名、县(区、县级市、旗)名，不必写乡镇和村。同时请关注基金会微信公众号：zhishan20121222，抖音号：zhi18501056632，快手号：zhishan18501056632。您的关注和转发，将有助于更多患者得到救助。

【第二步】准备资料，并拍成清晰的数码照片（可概括为“一二一，三三五”）。

一封求助信。标题为：求助信。抬头为：智善公益基金会。信中如实说明家庭状况、病情、本人及家庭成员收入，对基金会和智善脊梁工程的认识等，其中，基金会名称、项目名称要准确，不能有错别字，不要涂改。智善脊梁工程最新救助数据请写上月末数据(官网已公开)。求助信建议用 A4 或 16 开纸，不能用圆珠笔和铅笔。要由患者亲笔书写、签名并摁手印。如果患者年幼或无法执笔，可以由其家长代笔并说明。



二张身份证明。1张患者身份证和户口本本人页面拼图照片, 无身份证可用患者本人户口本页面。1张与患者一起居住生活的人口户口本全部页面和监护人身份证的拼图。示例图如下:



一份证明。残疾证、低保证均可。如果患者本人无残疾证或低保证, 请在基金会官网下载打印一份《家庭情况说明》。填写后, 自主选择下列任何一个机构盖章: ①村委会, 或居委会、社区; ②乡镇民政所或街道社会事务办; ③乡镇政府, 或街道办事处; ④县(区、市)民政局、残联; ⑤患者目前就读的学校或就业的单位。

三张患者照片。正面全身照片 1 张, 裸背背面全身照片 1 张, 裸背侧面全身照片 1 张。拍摄示例图片及拍摄要求如下:



- 要拍全身, 头上方、脚下方要留空间。建议照相机的位置不要高于患者胸口。
- 正面全身照片: 着衣, 双手自然下垂, 不要遮挡面部。
- 裸背背面全身照片: 可穿裙或裤, 但要拍全身。双手自然下垂, 呈立正姿势。
- 裸背侧面全身照片: 男性立正。女性立正后, 请双臂交叉遮挡胸部。

三份医院诊断证明。拍片报告单或诊断证明1份, 患者全脊柱X光片正位1张、侧位1张(也可用核磁共振片子, 正位1张, 侧位1张)。

五组家庭实景照片(可拼图)。1张房屋外景(住楼房者请在照片上标注自家位置), 1张客厅或平房的院落, 1张患者居住的卧室全景, 1张家具和电器拼图, 1张厨房和卫生间拼图。

要全面真实反映家庭住房、家具用具的全貌。如果一张不能反映全貌, 可以将几张拼图。特别说明: 房屋内外景要全面, 不要只拍局部。

如果有多套房屋, 请拼图上传。如果只提供其中一套房屋照片, 视为造假, 终止申请。

如果在外租房或借住, 要把自家房屋和租借房拼在一起上传, 并在照片上用文字备注清楚(自家房/租借房)。在外租借房者如果不提供自家房屋照片, 视为造假, 终止申请。

平房照片上传示例如下:



楼房照片上传示例如下:



自家房屋与租房拼图上传示例如下:



【第三步】上传申请资料。需登录智善公益基金会官网 www.zhishanjijin.cn, 点击【我要申请救助】项下的【登录提交申请】, 根据系统提示, 填写个人信息资料, 将上述 15 组照片对应上传。上传的照片要清晰、端正, 不能打马赛克。如果拼图, 要保证清晰度。



网上提交后的注意事项:

- 1、秘书处将通过电话对申请者进行访谈, 请保持电话畅通;
- 2、阅读本资料, 提高对基金会、智善脊梁工程的认知度, 准备回答秘书处提问;
- 3、如果资料被退回修改, 请登录自己的账号, 按照[审核意见]修改补充后上传。退回修改再次提交的, 下周重新审核;
- 4、初审通过后, 系统会自动发出手机短信, 通知申请人邮寄纸质材料。

【第四步】邮寄纸质材料。网审通过后, 请在手术前把以下资料邮寄至基金会秘书处:

- 1、《申请智善脊梁工程手术治疗费救助知情同意书》1份(签字并按手印);
- 2、《智善脊梁工程手术治疗费救助申请表》1份(签字并按手印);
- 3、求助信原件1份(签字并按手印);
- 4、患者身份证正反面复印件1份(无身份证请邮寄患者本人户口本页面复印件), 1位监护人身份证正反面复印件1份(监护人与网上申请时填写的监护人一致);
- 5、证明1份。残疾证、低保证可提供复印件。如果患者无低保证但开具了符合要求的低保证明, 请提供原件。《家庭情况说明》需要原件。
- 6、医院诊断证明复印件1份(与网申资料中的诊断证明相同)。

邮寄地址: 北京市朝阳区西大望路19号(金港国际)2号楼二单元301室, 收件人: 智善公益基金会秘书处, 电话: 18501056623, 邮政编码: 100022。

邮寄材料后的注意事项:

- ①请患者登录申请账号, 填写邮寄快递信息。
- ②要保持联络畅通。秘书处收到纸质材料后, 工作日24小时内电话联系患者。如果发现纸质材料不合格, 会通知患者补充邮寄, 并网上退回, 请患者登陆申请账号查看审核意见, 重新填写邮寄单号。纸质材料通过后, 基金会网站后台系统会给求助人发出短信。
- ③患者住院后, 将手术日期电话告知秘书处18501056623。如修改医院, 请电话告知。

第五部分 调研访谈及汇出捐款

(一)调研访谈。患者的申请资料通过后, 基金会秘书处委派工作人员或志愿者到医院对患者进行访谈, 签订《捐赠协议书》。必要时, 将赴患者家乡、单位或居住地核实情况。

(二)研究捐赠金额。秘书处根据对患者申请资料的审核意见, 结合志愿者的调研结果, 综合评估患者的家庭状况、手术费用、医保报销比例、文明程度、资料认真程度、对基金会认知度、传递智善脊梁工程救助信息的影响度等因素, 研究审批捐赠额度。

(三)基金会汇出捐款。基金会给患者捐赠的善款, 全部通过网银汇至患者的手术医院账



户, 由医院财务拨至患者在医院的医疗账户。需要特别说明的是, 基金会汇出捐款后, 后台系统会随即给患者发出手机短信。如果患者不认真看信息, 出院结算时未使用捐赠款, 医院只能将捐款原路退回基金会。

(四)基金会回收票据。患者必须向基金会提供规范的医疗住院收费票据(以下简称票据), 否则, 基金会将通过法律程序追回全部捐赠款。票据由志愿者代为邮寄。

- 1、在医院结算后, 基金会捐赠款超过患者自负金额的, 须将差额原路退回。
- 2、所邮寄的票据必须由患者本人在右下角签字。如果患者未成年, 需患者本人按手印, 监护人签名和患者姓名, 并在监护人姓名后面加注(代签)。
- 3、提供票据电子版的, 需用[原比例]打印, 患者签字。
- 4、捐赠款超过个人自负金额 50%的, 患者须提供票据原件并签字;低于 50%的, 可提供原比例复印件, 患者签字。
- 5、基金会不接受票据照片的打印件。

第六部分 捐赠后的相关事项

(一)基金会对获得捐助的患者及其监护人的相关文字、照片、影像等资料有无偿使用权。

(二)得到捐助的患者有义务配合基金会做好智善脊梁工程救助信息的传递和术后回访, 提供术后照片和康复状况说明。患者康复后, 需登录个人注册账号, 上传康复后的照片3张, 其中: 1张X光片, 2张全身照片(正面着衣照1张, 裸背照1张); 接受基金会秘书处的回访, 反馈手术效果及康复情况; 积极传递智善脊梁工程救助信息, 让更多的脊柱畸形患者了解这个公益慈善项目, 得到及时救助。

(三)如果申请救助者违反《申请智善脊梁工程手术治疗费救助知情同意书》的全部条款, 将承担基金会为追回捐赠款所发生的一切费用(包括但不限于律师费、诉讼费、保全费、交通费、差旅费、鉴定费等)。

阅读并同意以上所有申请条款者, 方可申请救助。患者及监护人签字按手印后, 即视为认同上述全部条款, 与基金会捐赠前签定的《捐赠协议书》具有同等法律效力。

患者签字(手印):

监护人签字: (手印)

年 月 日

智善脊梁工程手术治疗费救助申请表

患者姓名		性别		年龄	岁
目前居住地 (与网申资料的地址一致)	_____省(直辖市)自治区_____地区(地级市、州、盟) _____县(区、县级市、旗)_____乡(镇、街道办事处)_____村 (居委会)_____路____号, 或: _____小区____号楼____单元____室				
确诊病种(划√)	脊柱侧弯() 强直性脊柱炎()	电话号码			
拟选择的手术医院 (医院名单在智善公益基金会官网或后台申请系统中自由选择)					
保险类别(划√)	城乡居民医保(), 职工医保(), 商业保险(), 学生医保(), 自费()。				
家庭房产情况 (包括租借房屋。具体写到门牌号。没有可写“无”。如位置相同, 可写“同上”。)	自有房产 1: _____年购置, 购买或建造款共计 _____元, 建筑面积 _____平方米; 位置: _____				
	自有房产 2: _____年购置, 购买或建造款共计 _____元, 建筑面积 _____平方米; 位置: _____				
	目前居住房产: _____年购置, 购买或建造款共计 _____元, 建筑面积 _____平方米; 位置: _____				
	租借房: 租借期共 _____个月, 月租金 _____元, 建筑面积 _____平方米; 位置: _____				
土地情况	现有土地 _____亩, 种植的主要作物: _____, 年收入 _____元。				
车辆情况	汽车品牌型号 _____, 购于 _____年, 购价 _____元。				
	电动车_____辆, 其中: 两轮_____辆, 购于_____年, 购价_____元; 三轮_____辆, 购于_____年, 购价_____元。				
其他外债 (写明事由和具体金额, 如果无, 填写无)					
手术费筹集情况	自家积蓄 _____元; 借亲友 _____元; 信用卡借款 _____元; 银行贷款 _____元 (请把贷款凭证等资料微信发给秘书处 18501056623)。				



患者本人及一起居住的家庭成员情况收入情况					
称谓 (如: 父亲、母亲、爷爷、奶奶、配偶、儿子、女儿等)	患者本人				
姓名	——				
年龄	——				
从事的职业					
就业地点 (或单位、学校)					
患者及家庭主要成员年收入情况	以下7项合计 (金额单位: 元)				
	1、劳务收入 (含工资、打零工)				
	2、经营收入 (种养殖、办店厂)				
	3、残疾补贴				
	4、失地补贴				
	5、低保金				
	6、养老金				
	7、其他收入				
<p>我承诺: 认同并履行《申请智善脊梁工程手术费救助知情同意书》的全部条款, 得到捐助后向基金会提供符合要求的医疗住院收费票据, 术后半年内回传康复后的照片, 随时接受基金会回访, 自愿义务帮助基金会核实当地其他患者的情况, 否则将退回基金会全部捐款, 并承担相应责任。</p> <p>患者签名(手印): _____ 监护人签名(手印): _____</p> <p style="text-align: right;">_____ 年 月 日</p>					

说明: 1、如果家庭成员超过5人, 本表格填满, 请另打印一张, 只填写家庭成员。
2、请填写完整, 签字按手印。