



## 申请表

姓名		出生年月		残疾类别/等级	/
性别		联系方式		残疾证号	
民族		身份证号码		政治面貌	
家庭详细住址				邮编	
				和申请人关系	
AS-China 网站用户名				低保证号	
健康状况	强直性脊柱炎累及髋关节：左（ ）右（ ）				
	自述				
家庭情况	家庭平均年收入：（ ）元				
	自述				
各单位审核意见	户口所在地居委会、乡镇或街道审核意见	（公章） 年 月 日			
	县（区）民政局（慈善会）审核意见	（公章） 年 月 日			

作为申请者，本人承诺以上所填内容均真实准确，无任何虚假。否则愿意承担由此引起的一切法律责任

填表人签字：\_\_\_\_\_ 申请人签字：\_\_\_\_\_ 填表日期：\_\_\_\_\_

填表人与申请人关系：\_\_\_\_\_（填表人非申请人本人时填写此栏）



中国健康促进基金会强直性脊柱炎病友  
“爱行神州”强直性脊柱炎髋关节置换援助项目

申请材料

- 1、申请人身份证复印件（正反两面），户口本复印件（户主页面与患者本人页面）。
- 2、居民最低生活保障证明【低保证复印件（加盖公章）】或者乡级以上民政部门出具的家庭收入及财产证明文件（原件及复印件）。
- 3、病历复印件。
- 4、化验报告复印件（血常规、肝肾功能、ESR、CRP 及其它必要化验报告）。
- 5、近一年内的影像学报告，反应受累关节损害程度的相关影像学报告及复印件。
- 6、《“爱行神州”申请表格》。
- 7、《“爱行神州”患者知情同意书》。
- 8、所有材料一式三份，其中一份由患者保存。

以上资料连同本申请表以快递（EMS 等）方式寄送到本次援助项目临时办公室。请注明“爱行神州援助活动申请”。

邮寄地址：广东省广州市天河路 600 号中山大学附属第三医院综合楼 16 楼风湿免疫科专项行动办公室  
收件人：袁日威

Email: 121931668@qq.com（需要原件的材料不接受 Email 方式提交）

有关本次活动的疑问，请到官方论坛“专项行动——>受助与捐赠”版块（<http://bbs.as-china.org/SZYJZ/list-1.html>）发帖咨询