附件

成都市慈善总会2022年成都市城乡居民大病慈善医疗救助项目心理援助申请表

区（市）县： 申请时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | | 性别 |  | 年龄 |  | | 照 片 |
| 身份证号码 |  | | 主要疾病 |  | 电话 |  | |
| 户籍所在地 |  | | | | | | |
| 现住址 |  | | | | | | |
| 家庭心理  压力描述 |  | | | 量表结果（现场领表进行测试） | SAS | | |  |
| SDS | | |  |
| 心理压力自测表 | | |  |
| 申请参加心理小组人员 | 本人 | □是 □否 | 家人 | 姓名 | 电话 | | 身份证号 | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
| 本人自愿对该项目进行申请，并承诺本申请表中信息及项目要求所有申报资料（包含附件）全部属实，如有虚假本人自愿承担所有法律责任。本人自愿配合本项目进行宣传，并同意成都市慈善总会收集并使用本人的肖像及相关资料用作项目宣传。  本人或合法代理人签名（按手印）：  日期： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 审 核 情 况 | | | | | | | | |
| 初审单位对申请人情况审核 | 审核单位意见：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    审核人： 电话：  （公章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 市慈善总会审核意见 | 量表评估结果：  审核结果：  审核人： 复审人：  （公章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 备 注 | 后附申请本项目要求申报资料：评估量表（申请本人及家属现场进行填写并评估，评估后确认结果）；病患医疗资料；申请人户口簿或身份证复印件。 | | | | | | | |