

江苏省瑞华慈善基金会

瑞华医疗救助项目知情同意书

本人（以下简称“申请人”）患有疾病，因家庭经济困难，无力承担全部医疗费用，现向江苏省瑞华慈善基金会（以下简称“基金会”）申请医疗救助，以协助完成**住院治疗**。

本人及家属充分了解，疾病治疗作为医疗行为存在的不确定性及各种风险。我们自愿申请瑞华医疗慈善基金医疗救助，向基金会确认并承诺如下：

1、我们确认，对申请人实施治疗的医院是我们自愿选择的，不存在基金会指定医院的情况。

2、我们确认并理解，基金会只在**住院医疗费用**上给予我们救助，并不承担医疗效果、医疗风险等方面的任何责任，任何医患纠纷将由医院与患者家属在法律框架范围内由双方自行解决，与基金会无关。

3、我们同意，若获得救助，为帮助宣传，基金会可以在报刊、杂志、书籍、电影和电视等各类媒体上无偿使用我们及我们其他家庭成员的照片，对我们的相关情况及本次治疗和救助情况进行宣传报道，我们将积极配合。

3、我们保证，向基金会提供的所有申请资料和证明内容均真实、合法、有效，否则申请人自愿退回收到的所有资助款项，并承担相关法律责任；

4、我们承诺，获得的医疗救助总金额（注：包括基金会、其他机构和个人救助）不超过申请人自费金额的 100%；如有超出，我们将放弃瑞华医疗慈善基金医疗救助。

5、我们同意，将申请人病情等相关资料提供给基金会，以供其详细了解患者的病情、治疗及康复状况。

6、我们同意，将积极配合基金会救助金申请流程，如果获得基金会救助，将向贵基金会提供受益确认书、本次住院全额收费票据原件或复印件，并同意基金会在收费票据原件上加盖基金会资助印章（注明资助金额）。

7、我们理解，申请并不代表必将获得救助，基金会有权根据其审核标准自行确定审核结果。