|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ****GIẤY ĐỀ NGHỊ TÀI TRỢ****  *(Thành viên điền đầy đủ thông tin theo những nội dung dưới đây)* | ****PHỤ LỤC 3**** |

**I. THÔNG TIN VỀ THÀNH VIÊN:**

Họ tên: Ngày sinh: Số CMND/CCCD/Hộ chiếu/MSĐD:

Mã thành viên: Tham gia từ:

Địa chỉ liên hệ:

Số ĐT: Email:

**II. THÔNG TIN YÊU CẦU TÀI TRỢ:**

Ngày xảy ra rủi ro, ốm, bệnh tật: ……/……/………… Khám/Điều trị tại:

Ngoại trú □ Nội trú □

Từ ngày: ……/……/………… Đến ngày: ……/……/…………

Chẩn đoán của bác sỹ:

**III. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI LẬP HỒ SƠ TÀI TRỢ** (đồng thời là NGƯỜI NHẬN TIỀN)

Người lập hồ sơ tài trợ phải là chính thành viên hoặc người thừa kế/ người thụ hưởng/ người được chỉ định từ khi tham gia/người được ủy quyền hợp pháp của thành viên. Chỉ điền thông tin nếu Người lập hồ sơ tài trợ không phải là thành viên.

Họ và tên: Ngày sinh: Số CMND/CCCD/Hộ chiếu/MSĐD:

Địa chỉ liên hệ:

Số ĐT: Email:

**IV. HÌNH THỨC NHẬN TIỀN** (vui lòng lựa chọn 01 phương thức dưới đây)

|  |  |
| --- | --- |
| Nhận tiền mặt □ | Chuyển khoản □  Tên tài khoản:  Số tài khoản:  Ngân hàng: |
| *Thông tin về Người nhận tiền chính là các thông tin về Người lập hồ sơ tài trợ ở trên.* | |

- Khi nhận tiền mặt, Người nhận tiền phải xuất trình giấy CMND/CCCD.

- Trường hợp thành viên được người khác nhận tiền thay, người nhận tiền phải cung cấp giấy tờ chứng minh quyền thừa kế/giấy ủy quyền công chứng hoặc được xác nhận bởi

UBND cấp phường/xã trở lên hoặc các giấy tờ khác theo quy định của pháp luật (trừ trường hợp Người nhận tiền là người thụ hưởng/người được chỉ định nhận tiền ngay từ khi tham gia).

**CAM KẾT**: Người yêu cầu tài trợ (NYCTT) cam đoan rằng những thông tin khai báo trên là trung thực và chính xác. NYCTT và/hoặc Người đại diện/Người được ủy quyền đồng ý ủy quyền cho Ô Xanh:

a) Thu thập thông tin y tế từ bất cứ bác sỹ nào đã từng tiếp xúc với người thành viên mắc BHN liên quan đến các vấn đề về sức khỏe thể chất hoặc tinh thần vào bất cứ lúc nào;

b) Thu thập thông tin từ bất kỳ bên thứ 3 nào đã tiếp xúc, đã biết về BHN của thành viên;

c) Thu thập thông tin từ bất kỳ nguồn nào khác (bao gồm chủ sử dụng lao động, các cơ quan chính phủ) trong việc xem xét tài trợ; và

d) Cung cấp thông tin bao gồm các thông tin y tế của thành viên cho các bên thứ ba cần thiết cho việc giải quyết tng trợ. Thành viên và/hoặc Người đại diện/Người được ủy quyền đồng ý và hiểu rằng Ô Xanh có quyền truy cập đầy đủ đối với các nguồn thông tin nêu trên và giấy này hoặc bản sao của giấy uỷ quyền sẽ có giá trị tương đương bản gốc. Ô Xanh có trách nhiệm xem xét, giải quyết và thanh toán tiền tài trợ vòng 10 ngày làm việc kể từ ngày nhận được đầy đủ hồ sơ hợp lệ và không có bất cứ sự phản đối nào từ các thành viên khác.

|  |  |
| --- | --- |
| NHỮNG GIẤY TỜ KÈM THEO:  **+** CCCD/Hộ chiếu/CMND  **+** Giấy nhập, ra viện, phiếu mổ, chẩn đoán, kết luận của bác sỹ; đơn thuốc, giấy chứng nhận phẫu thuật, xạ trị, bằng chứng mô học, kết quả xét nghiệm phóng xạ, tế bào học, và những kết quả xét nghiệm, chụp chiếu, sinh thiết khác của cả quá trình khám chữa bệnh.  **+** Các báo cáo, tài liệu khám bệnh bằng kính hiển vi, xét nghiệm máu và các phương pháp khoa học khác để xác định bản chất và cấp giấy chứng nhận chẩn đoán bệnh của bệnh viện.  TỔNG SỐ TỜ: ……TỜ. | Ngày … tháng … năm …  NGƯỜI ĐỀ NGHỊ  *(ký và ghi rõ họ tên)* |