



有“辅”同享. 爱心助“蚕”
中国 LNS 患者辅具补贴计划（2022）

申请表

患者姓名：_____

患者群名：_____

地 区：_____省_____市/县

申请时间：_____年_____月 _____日

蚕宝儿 LNS 罕见病关爱之家

一、计划介绍：

（一）计划名称：中国 LNS 患者辅具补贴计划（2022）

（二）计划概要：

一直以来，LNS 患者在居家、护理、出行等生活方面十分堪忧。11 月，蚕宝儿 LNS 罕见病关爱之家开展对中国 LNS 患者生存状况的调研，发现因为多种原因，大部分患者无法使用专业的辅具，造成患者本身生活质量严重低下以及家庭护理的困难重重，患者家庭对于适配辅具的需求非常强烈。今年 6 月，在社会爱心人士以及患者家庭的支持下，蚕宝儿社会工作服务中心筹集了一些善款，目前，中心将善款 6 万元整通过“中国 LNS 患者辅具助力计划（2022）”补贴蚕宝儿 LNS 罕见病关爱之家的患者群体，以改善他们基本生活和减轻患者家庭的护理压力。

患者适配辅具费用补贴一览表

辅具标准	补贴比例	最高补贴
1400 元以下（包含 1400 元）	按实际价格的 80%	1120 元
1400 元-10000 元（包含 10000 元）	按实际价格的 15%	1500 元
10000 元-20000 元（包含 20000 元）	按实际价格的 12%	2400 元
20000 元以上	按实际价格的 10%	最高 3500 元

（三）计划详情：

1、申请时间：即日起--2022 年 5 月 30 日（过期将不再接受申请）

2、本次计划，每名患儿仅有一次补贴机会用于购买一种辅具，若已享受过残联或者其他福利的辅具不得同时参加该计划

3、申请补贴包括适合 LNS 患者在日常生活中使用的相关辅具，如：洗澡椅、出行工具（推车，轮椅）、站立架、矫姿椅、眼动仪等，其他物品如牙套、肘部制动器、纸尿裤等护具或生活用品不属于补助范围。

4、购买辅具的全部费用先由患者家庭支付，之后以发票为凭证申请补贴，补助金额按照实际购买价格（以发票金额为准）的比例补贴（开票信息和填写要求详见申请说明）

5、必须由患儿的法定监护人填写申请表；且辅具必须由患儿本人使用，不得转让与

变卖；若因成长过程中（至少两年以上），出现辅具不能满足患者需求，有义务优先二

手转让给 LNS 群体患者且价格不得高于补助后的价格。

6、如需转卖或报废，需先报备再处置，组织会不定期抽查使用情况。如果发现未报备就擅自转卖的不诚信行为，将失去以后再申请其他福利的机会。

（四）计划支持对象：

- 1、已经登记注册并提交基因检测报告或确诊报告的 LNS 患者
- 2、申请的辅具符合患者的使用需求

二、申请程序

（一）申请者须提交的材料：

- 1、完整填写《中国 LNS 患者辅具补贴计划（2022）申请表》
- 2、附患者基因检测报告复印件
- 3、如申请者（患者父母或其他法定监护人）的身份证明复印件（身份证、护照等）与患者的关系证明复印件（户口页或出生证明）
- 4、可自行选择辅具，不限品牌与型号，须通过正规渠道购买并提供正规发票
- 5、需提供患者在家使用辅具的照片若干

（二）审批流程：

- 1、填写并邮寄申请表（详见申请说明）
- 2、申请符合要求后十五个工作日以后打款

三、重点提示：

若出现下列情形，将取消申请资格，并对已经发放的补贴款进行追缴、且取消此后一切组织开展的活动申请：

- 1、由非法定监护人代申请的
 - 2、出现提交虚假、伪造资料或隐瞒事实者
 - 3、补助的辅具不为 LNS 患者使用、加价转卖从中获利者
- 获得资助的责任和义务：

- 1、得到辅具补助的患者家庭，均有责任和义务反馈辅具使用的情况
- 2、享受辅具补助的患者家庭，尽能力配合蚕宝儿 LNS 罕见病关爱之家开展各项活动，必要时帮助机构宣传或提供照片、影像资料

四、计划解释权

以上所有条款最终解释权归属于重庆市九龙坡区蚕宝儿社会工作服务中心。《中国 LNS 患者辅具补贴计划（2022）申请表》由重庆市九龙坡区蚕宝儿社会工作服务中心制定。

填写说明

请参与“中国 LNS 患者辅具补贴计划（2022）”的申请人仔细阅读以下说明，并按照说明填写，不符合要求者，审批和补助会受影响。

以下为申请人必须填写并签名的内容：

- “中国 LNS 患者辅具补贴计划（2022）”申请表
- “中国 LNS 患者辅具补贴计划（2022）”知情同意书
- 申报真实性声明书
- 提供的所有身份证明

1、照片要求：

1）、提交申请时，请按要求上传患者正面使用辅具的照片，须以日常生活环境为背景，并将照片传至机构邮箱：lesch_nyhan_china@163.com，标题为：**患儿姓名+患儿群名+辅具补贴计划**

2）、为更好地了解患者使用辅具的情况，中心两年内会组织不定期打卡上传患者使用近况的照片，由患者服务组的组长提前通知家长

2、请将申请表完整打印出来，务必用黑色钢笔或签字笔（不用圆珠笔）、正楷字体手写完成后装订整齐，快递至以下地址（运费自理）：

重庆市九龙坡区谢家湾正街 55 号万象里 28 栋 12-11 蚕宝儿（收） 电话：17782054014

知情同意书

- (一) 申请补贴的患者须为确诊的 LNS 患者；
- (二) 患者由其法定监护人（一般为父母）为申请人，申请人对其提交的所有资料的真实性和完整性负责；
- (三) 本申请表的递交并不代表已获得资助；若申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等情况，中心将追索其所获得的补贴，并将失去以后再申请其他福利的机会；
- (四) 申请得到补助的患者，若成长过程中出现辅具不能满足其需求，有义务优先二手转让给 LNS 群体患者且价格不得高于补贴后的价格；
- (五) 得到补贴的患者家庭，均有责任和义务提供有关患者的使用反馈信息及尽能力配合蚕宝儿 LNS 罕见病关爱之家开展各项活动，必要时帮助疾病宣传或提供照片、影像资料等；
- (七) 开发票提示（十分重要）：

抬头：重庆市九龙坡区蚕宝儿社会工作服务中心

税号：52500107MJP607675D

注意：建议家长去正规厂家购买和开具**普通发票**即可（凡要求加税点开票的厂家不符合财务要求），若有疑问，请在开票前咨询组织

蚕宝儿社会工作服务中心将对资料进行审核、审批、备案管理和严格保密。

本人已阅读和确认以上全部内容，并同意所有申请规定。

申请人签名：

年 月 日

有“辅”同享.爱心助“蚕”

中国 LNS 患者辅具补贴计划（2022）申请表

患者信息							
患者姓名		群名		民族		出生年月	
身份证号码							
申请信息							
申请人				与患者关系			
联系电话			身份证号码				
详细地址				电子邮箱 (没有可不填写)			
购买辅具种类				申请日期			
购买辅具实际价格			备注				
审批栏（由机构填写）							
实际价格		报销比例		应补贴金额			
项目人员签字：				理事长签字：			
年 月 日				年 月 日			
审批结果：							
公 章							
年 月 日							

患者使用辅具照片

（上传组织邮箱）

患者使用辅具前（1-2 张）（可打码）

患者使用辅具后（3-5 张）（可打码）

是否同意将以上照片用于蚕宝儿 LNS 罕见病关爱之家宣传使用

☐ 是

☐ 否

购买辅具凭证

购买发票

交易记录

(网络购买支付转账记录截图、刷卡 pose 单)

身份信息（复印件过大可折叠）

患者身份信息证件（户口页、出生证明或身份证复印件）必贴

申请人身份信息证件（身份证、护照或户口页）必贴

申请人与患者关系证明（户口页或出生证明复印件）必贴

材料真实声明

请在您提供的资料（以完整填写）前打√

- ☐ “辅具补贴计划（2022）知情同意书
- ☐ “辅具补贴计划（2022）申请表
- ☐ 基因检测报告复印件
- ☐ 患者使用辅具照片
- ☐ 购买辅具的发票原件
- ☐ 身份证明信息

申请人打款银行账号信息(重要):

须全国通用的银行卡，最好是工商银行、农业银行、建设银行、中国银行
不接受存折

户 名: _____

账 号: _____

开户银行: _____（请务必详细致电银行客服确认，否则
无法打款）

我保证以上提交的材料内容真实、有效，并对材料内容的真实性负责。

申请人签字:

年 月 日