



Hieu Ve Trai Tim
www.hieuvetraitim.com



ĐƠN XIN HỖ TRỢ CHI PHÍ PHẪU THUẬT TIM (HOẶC CHI PHÍ ĐIỀU TRỊ BỆNH KHÁC)

Kính gửi: Quý Hiệu về trái tim

1. Họ tên bệnh nhi: **PHẠM SƠN HOÀNG**

Ngày sinh: **11/11/2015** Nơi sinh: **BV: TỈNH QUẢNG NGÃI**

Đang học lớp: **5** Trường: **TIỂU HỌC NGHĨA THỌ**

Thường trú tại số nhà: Đường: **T. HỒN PHÚ THỌ 1**

Phường(xã): **TRÀ GIANG**

Thành phố/Tỉnh: **QUẢNG NGÃI**

Điện thoại liên hệ (Hoặc số của người quen): **0387292055 - 0911156587**

2. Họ tên cha: **PHẠM SƠN** Năm sinh: **1994** ĐT: **0387292055**

Nghề nghiệp: **lâm nông** Thu nhập bình quân/tháng: **5.000.000**

3. Họ tên mẹ: **PHẠM THỊ TINA** Năm sinh: **1995** ĐT: **0911156587**

Nghề nghiệp: **lâm nông** Thu nhập bình quân/tháng:

4. Họ tên Người giám hộ: Năm sinh: ĐT:

(Trường hợp bệnh nhi không sống cùng ba/mẹ)

5. Hoàn cảnh gia đình:

- Số người ở chung với bệnh nhân: (không kể cha mẹ), ghi rõ họ tên, tuổi, nghề nghiệp, thu nhập và mối quan hệ.

STT	Họ và tên	Năm sinh	Mối quan hệ	Nghề nghiệp	Thu nhập bình quân/năm
1	Phạm Thị Sơn Tuyên	2018	Em	Học Sinh	

- Tài sản gia đình:

+ Nhà ở Sở hữu Thuê Của người khác

+ Diện tích: **30** (m²), làm bằng nền **kì cứng** tường **gạch** mái **Tôn**

+ Vật dụng gia đình: Tivi.....(cái), tủ lạnh.....(cái), máy tính.....(cái)

+ Phương tiện đi lại: xe máy **1**.....(chiếc), xe đạp.....(chiếc)

+ Đất đai/cây trồng:diện tích..... (m²)

+ Những đặc điểm khác: **Không có**

- Khả năng của gia đình có thể đóng góp vào chi phí phẫu thuật/điều trị:.....

(Thanh toán trực tiếp cho bệnh viện)

- Bảo hiểm (có hiệu lực đến thời điểm hiện tại)

+ BHYT học sinh	1 năm	2 năm	3 năm
+ BHYT trẻ em dưới 6 tuổi	có	không	

- Nêu rõ hoàn cảnh gia đình (viết chi tiết gia cảnh):

Hiện tại tại nhà ở đường Nguyễn Chí Việc làm ăn ở nhà
con đau ốm thường xuyên thu nhập thấp

- Phân kể về tình hình bệnh nhân (kể chi tiết):

(Phát hiện bệnh khi nào, cách điều trị, khám ở bệnh viện nào, mấy lần.v.vv..)

Khi phát hiện bệnh có đến bác Sĩ tại địa phương về khám
tại trường mầm non nghĩa học Nào ngày 6/3/2026
đo huyết áp trẻ em hỗ trợ khám sàng lọc tại bệnh viện
địa phương

Tôi xin cam đoan những thông tin và hình ảnh thực tế, tôi cung cấp là hoàn toàn chính xác và đúng sự thật.

Tôi đồng ý để Quỹ Hiếu về trái tim được quyền sử dụng (dưới bất kỳ hình thức nào) đối với hình ảnh của bệnh nhi (là con, cháu, người thân của chúng tôi, người mà chúng tôi được quyền đại diện) vào mục đích phục vụ các hoạt động truyền thông và các hoạt động khác của Quỹ; cũng như được quyền gửi/chia sẻ cho các đối tác của Quỹ hoặc bất kỳ bên thứ ba nào có liên quan đến hoạt động của Quỹ.

Xác nhận của UBND xã/phường

(Nếu y kiến, ký tên và đóng dấu)



Phạm Văn Phùng

Ngày... ..tháng.....năm...

Người làm đơn
(Ký và ghi rõ họ tên)

Sơn
Phạm Sơn