



Hiếu về trái tim
www.hieuvetraitim.com

Dán hình của
bệnh nhi: 3x4
(Đóng dấu giáp
lai)

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

Kính gửi : Quý Hiếu về trái tim

1. Họ tên bệnh nhi: Y. CHANG
Ngày sinh: 15/05/2017 **Nơi sinh:** Phường Thống Nhất TP Kon Tum
Đang học lớp: 3 **Trường:** Tiểu học Võ Thị Sáu
Thường trú tại số nhà (xóm, KDC): **Đường (Thôn):** Kon Tum Kế Năm
Phường(xã): Kon Tum
Thành phố/Tỉnh: Quảng Ngãi
Điện thoại liên hệ (Hoặc số của người quen): 0366 597 831

2. Họ tên cha: **Năm sinh:** **ĐT:**
Nghề nghiệp: **Thu nhập bình quân/tháng:**

3. Họ tên mẹ: Y. Hui **Năm sinh:** 1994 **ĐT:** 0366 597 831
Nghề nghiệp: 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
	<u>Y. Ngọc Hà</u>	<u>2026</u>	<u>em</u>		

- Tài sản gia đình:

- + Nhà ở Sở hữu Thuê Của người khác
- + Diện tích: 67,5 (m²), làm bằng nền xi măng tường gạch mái
- + Vật dụng gia đình: Tivi 1 (cái), tủ lạnh 1 (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:

- Khả năng của gia đình có thể đóng góp vào chi phí phẫu thuật/điều trị: không có
(Thanh toán trực tiếp cho bệnh viện)

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

+ BHYT học sinh	1 năm <input checked="" type="checkbox"/>	2 năm	3 năm
+ BHYT trẻ em dưới 6 tuổi	có	không	

- Nêu rõ hoàn cảnh gia đình (viết chi tiết gia cảnh):
Như làm nông, thu nhập không ổn định, vợ kêu gọi làm đt
Như mới sinh em bé nhỏ 2026
Không có bố

- **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.v..)
Phát hiện bé bệnh khi có đơn bác sĩ ở BV Đà Nẵng với khám tại
Trường Tiểu học Võ Tấn Sáu vào ngày 07/05/2026 do Quý Bảo
Đã trẻ em phối hợp khám lâm sàng BV Đà Nẵng

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 Quý Hiệu về trải tìm 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 Quý, cũng như được quyền gữ/chia sẻ cho các đối tác của Quý hoặc bất kỳ bên thứ ba nào có liên quan đến hoạt động của Quý.

Ngày 11 tháng 05 năm 2026

Người làm đơn
(Ký và ghi rõ họ tên)

V. H. I.

Xác nhận của UBND xã/phường
(Nêu ý kiến, ký tên và đóng dấu)



PHÓ CHỦ TỊCH

Thái Khắc Hòa