



# 中华慈善总会

拜科奇 Co-pay 慈善援助项目

患者申请表

患者姓名：\_\_\_\_\_

填表日期：\_\_\_\_\_

## 一、填表说明

- 本表可由患者本人或者直系亲属填写，其中患者签字部分务必由患者本人填写。
- 本表需要患者用钢笔或者圆珠笔逐栏正楷填写，不得涂改，不得空缺，没有填“无”。
- 请患者认真阅读表格每页下方的填表说明，按照要求准备相关材料，填写相关信息。

## 二、需邮寄材料（所有材料请勿粘贴，并全部使用 A4 纸张打印或者复印）

- 《中华慈善总会拜科奇 Co-pay 慈善援助项目申请表》原件 1 份。
- 患者本人有效期内二代身份证复印件（正反面）1 份，未成年患者如无身份证需提供患者本人户口本复印件 1 份。
- 患者本人和父母、配偶、所有子女户口本复印件各 1 份。
- 患者本人疾病诊断证明材料 1 份。
- 患者本人所持有的正规拜科奇药品处方。

### 重要提示：

- 请在确诊为甲型（A 型）血友病，并已开始采用拜科奇药品治疗时向项目办提交申请资料。
- 请务必妥善保管以下资料并在领取援助资金时上交到当地慈善会：
  - ① 购药发票、购药清单复印件或拜科奇药品处方，加盖报销单位章。
  - ② 医保报销结算单。
  - ③ 中华慈善总会拜科奇 Co-pay 援助项目入组通知书（仅首次报销需提供）。
- 18 周岁以下患者或成年患者因个人原因无法亲自前往领取援助资金，需要填写《援助资金领取委托书》并提供代领人身份证复印件，并将全部委托资料在首次领取援助资金时上交至当地慈善会。
- 因患者具体情况不同可能会补充其他证明材料，以项目办通知为准。

---

## 中华慈善总会拜科奇 Co-pay 慈善援助项目联系方式

- 1、邮寄地址：北京市 100034 信箱 23 分箱中华慈善总会拜科奇项目办公室，邮编 100034
- 2、项目热线电话：010-83368339（工作日 9:00-11:30，13:00-17:00）
- 3、项目网站：<http://www.baikEQi.org/>，登陆网站可以了解多拜科奇最新动态
- 4、患者自助查询系统：<https://www.zbpap.com/>
- 5、项目电子邮箱：[baikEQi@vip.163.com](mailto:baikEQi@vip.163.com)



# 中华慈善总会拜科奇 Co-pay 慈善援助项目 患者申请告知书

(需仔细阅读)

## 亲爱的患者:

中华慈善总会拜科奇 Co-pay 慈善援助项目是中华慈善总会为帮助因病致贫的甲型 (A 型) 血友病患者得到拜科奇购药资金援助而设立的慈善项目, 由中华慈善总会拜科奇 Co-pay 慈善援助项目办公室 (以下简称项目办) 独立审核和管理。现将相关事宜特作如下通告:

**援助对象:** 符合拜科奇适应症的患者; 使用过拜科奇治疗并获得明确疗效且没有严重不良反应; 经济上有困难的中国大陆患者。因为援助资金有限, 满足上述条件并不等于一定能得到援助。

**援助方式:** 对使拜科奇药品进行治疗的困难患者给予患者一定比例的资金援助。

## 项目要求:

- 患者必须如实提交所有材料, 凡提交虚假或不如实提交所需材料者, 将彻底失去受助资格。
- 您的所有申请材料请通过中国邮政特快专递 (EMS) 邮寄到本项目指定信箱: 北京市 100034 信箱 23 分箱中华慈善总会拜科奇 Co-pay 项目办公室。
- 审核将根据申请人提交资料的先后次序而定, 收到申请资料 10 个工作日内, 如材料齐全我办将直接邮寄入组通知书, 材料不齐全我办电话通知患者补充内容, 患者可电话或登录项目网站查询审核进度。
- 领取援助资金时需携带患者本人身份证原件 (未成年患者需携带户口本原件)、拜科奇 Co-pay 慈善援助项目入组通知书原件、购买拜科奇药品发票复印件、购药清单复印件或处方附件及医保结算单。
- 本项目只对能够严格按照项目规定程序申请和领取援助资金的患者提供援助, 因个人原因不能按照程序要求申请和领取援助资金的患者将自行承担因此而产生的后果。
- 本项目为慈善援助项目, 本会工作人员不得对您收取任何费用。如发现上述行为, 请您立即举报。如您或您的家属有向上述人员行贿的行为, 您也将失去受助的机会。
- 我办有权随时对您的经济情况进行抽查评估, 如您不能配合抽查或者抽查结果不合格, 将视为自愿放弃受助资格。
- 您的个人隐私及身份将受到保护, 由于信息核查和统计的需要, 您的资料将对中华慈善总会和捐赠方开放, 但不会提供给其它第三方。因审计和政府要求的信息披露除外。
- 患者及家属须积极配合, 保证与项目办公室通讯联络畅通, 主动拨打项目热线电话咨询、主动登录项目网站查询相关信息。因患者自身原因导致申请、受助等延误的, 患者自行承担责任。
- 该项目只对内地的中国大陆公民提供援助, 自费药品须为境内购买的正规渠道药品。

## 我办特别重申:

- 申请项目均按我办发出的正式信息为准, 我办不为误听其它渠道信息产生的后果承担责任。如有任何疑问请致电中华慈善总会拜科奇 Co-pay 患者援助热线咨询, 以准确、详实的了解项目申请程序及相关要求。如患者未按程序要求及时联系我办并办理相关手续而延误申请, 责任由患者自负。
- 用药过程中可能会出现不可预知的不良事件, 患者必须严格按照医生的医嘱决定用药与否。
- 患者及其家属必须知晓患者的真实病情, 未成年患者需由第一监护人提出入组申请, 本项目为慈善援助, 患者均需自愿参加, 中华慈善总会不会对患者的病情和治疗不承担责任和义务。
- 凡是未按照上述项目规定操作的患者, 如提供任何虚假材料, 经济条件改善而不再满足经济标准等将失去受助资格。
- 对申请和受助过程中出现任何问题, 患者与项目办公室协商解决。协商不成, 由中华慈善总会所在地法院依法判决。
- 患者的全部申请材料, 一经受理, 不予退回。
- 中华慈善总会拜科奇 Co-pay 慈善援助项目管理办公室对患者援助项目拥有最终解释权。



## 患者知情同意书

我知晓自身病情，自愿按程序申请中华慈善总会拜科奇 Co-pay 慈善援助项目。我已全部知晓《中华慈善总会拜科奇 Co-pay 慈善援助项目患者申请告知书》及《中华慈善总会拜科奇 Co-pay 慈善援助项目填表说明》的全部内容，并完全接受其中的各项规定。我承诺提供的全部材料均真实准确，愿意接受中华慈善总会的调查核实及审计抽查，严格遵守中华慈善总会拜科奇 Co-pay 慈善援助项目的各项规定，愿意承担不实申报或违反项目规定导致的包括并不限于申请得不到批准或援助立即终止等全部后果。我在此郑重声明，如因本人或本人亲属任何言行对中华慈善总会拜科奇 Co-pay 慈善援助项目、中华慈善总会以及合作方造成损失，我将承担相应责任。

本人（请勾选） 不同意/同意 联系我的治疗医生进行不良事件的随访。

患者本人签字：

注：患者本人如无书写能力，患者签字处可由亲属代填，患者本人按手印。

（患者自行保留）



## 患者知情同意书

我知晓自身病情，自愿按程序申请中华慈善总会拜科奇 Co-pay 慈善援助项目。我已全部知晓《中华慈善总会拜科奇 Co-pay 慈善援助项目患者申请告知书》及《中华慈善总会拜科奇 Co-pay 慈善援助项目填表说明》的全部内容，并完全接受其中的各项规定。我承诺提供的全部材料均真实准确，愿意接受中华慈善总会的调查核实及审计抽查，严格遵守中华慈善总会拜科奇 Co-pay 慈善援助项目的各项规定，愿意承担不实申报或违反项目规定导致的包括并不限于申请得不到批准或援助立即终止等全部后果。我在此郑重声明，如因本人或本人亲属任何言行对中华慈善总会拜科奇 Co-pay 慈善援助项目、中华慈善总会以及合作方造成损失，我将承担相应责任。

本人（请勾选） 不同意/同意 联系我的治疗医生进行不良事件的随访。

患者本人签字：

注：患者本人如无书写能力，患者签字处可由亲属代填，患者本人按手印。

（中华慈善总会保留）





## 拜科奇 Co-pay 慈善援助项目 患者直系亲属经济情况登记表

姓名		年龄		与患者关系	
联系电话（尽量多填）					
工作单位名称（无单位者请写明当前情况，以下有关工作单位内容无需填写）：					
单位职务		（ 单位公章）  单位电话：			
近一年总收入 （单位：元） （必填）					

---

姓名		年龄		与患者关系	
联系电话（尽量多填）					
工作单位名称（无单位者请注明目前状况，以下有关工作单位内容无需填写）：					
单位职务		（ 单位公章）  单位电话：			
近一年总收入 （单位：元） （必填）					

**备注：**

1. 表格所有内容均需填写不得空缺和涂改。如无此项，请填写“无”或注明情况。
2. 直系亲属包括父母、配偶及所有子女，亲属有多个联系电话的，请尽量多填。
3. 如直系亲属较多，本页表格可复印使用。
4. 如有任何疑问请致电拜科奇项目热线 010-83368339，或查询网站 <http://www.baikedi.org>。