



中华慈善总会

科跃奇 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）

- 《中华慈善总会科跃奇 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、配偶户口本复印件各 1 份（注：22 岁〈不含〉以上患者无需提供父母户口本信息页）。
- 患者本人疾病诊断证明材料 1 份。
- 患者本人所持有的正规科跃奇药品处方。

重要提示：

- 请在确诊为甲型（A 型）血友病，并已开始采用科跃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善款时上交到当地慈善会：
 - ① 医院或药店处购买的科跃奇原始发票或复印件和费用明细清单或科跃奇药品处方。发票复印件须加盖医院或药店收费或财务章，或加盖地方医保报销证明章。若发票上已经载有明确的姓名、药品名称、数量、购买费用和自费比例信息，则无需另行提供费用明细。
 - ② 医保报销结算单。
 - ③ 中华慈善总会科跃奇慈善 Co-pay 援助项目入组通知书（仅在获得援助资格批准后的首次领取援助款时需提供）。
- 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善款，需要填写《援助善款领取委托书》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善款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。

中华慈善总会科跃奇 Co-pay 慈善援助项目联系方式

- 1、邮寄地址：北京市 100034 信箱 23 分箱中华慈善总会科跃奇项目办公室，邮编 100034
- 2、项目热线电话：010-6216 1208（工作日 9:00-11:30，13:00-17:00）
- 3、项目网站：<http://www.bkq-kyq.com>，登陆网站可以了解多项目最新动态
- 4、项目电子邮箱：keyueqi@vip.163.com



中华慈善总会科跃奇 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：

中华慈善总会科跃奇 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）血友病患者得到科跃奇购药资金援助善款而设立的慈善项目，由中华慈善总会科跃奇 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：符合科跃奇适应症的患者；使用过科跃奇治疗并获得明确疗效且没有严重不良反应；经济上有困难的中华人民共和国（简称“中国”）大陆公民。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：对接受科跃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善款。

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 分箱中华慈善总会科跃奇 Co-pay 项目办公室。
- 自愿加入本项目的患者首先需进行援助资格申请。援助资格的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，材料不齐全我办会电话通知患者补充内容，患者可电话查询审核进度。
- 获得援助资格后，在当地医保报销的购药金额范围内，患者可进行援助善款申请。患者申请领取援助善款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）、科跃奇 Co-pay 慈善援助项目入组通知书原件（仅需在入组后第一次领取援助善款时提供）、在医院或药店处购买科跃奇药品原始发票或复印件和费用明细清单（发票复印件须加盖医院或药店收费或财务章，或加盖地方医保报销证明章。若发票上已经载有明确的姓名、药品名称、数量、购买费用和自费比例信息，则无需另行提供费用明细）、购药清单复印件或处方附件及医保结算单（若适用）。
- 本项目只对能够严格按照项目规定程序申请（且获批）和领取援助善款的患者提供援助，因个人原因不能按照程序要求申请和领取援助善款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。
- 患者如经济状况发生变化，须及时告知项目办公室。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，由于信息储存、统计的需要，您的资料将对中华慈善总会及其所管理的与信息储存、统计事项相关的第三方开放。中华慈善总会仅会将您的个人信息和数据用于本项目之目的，不会将您的个人信息和数据披露给与本项目无关的第三方，应包括捐赠方在内的审计和政府要求的信息披露除外。在本项目开展期间及终止后 5 年内，中华慈善总会将会基于项目开展及审计的目的把您与本项目相关的信息和数据进行记录及存档，您的个人信息和数据将严格按照中华人民共和国适用的个人隐私和数据保护相关法律处理和使用。
- 您在项目过程中出现的不良事件、产品技术投诉或使用问题或出现的其他安全性相关事件可能会提供给以下各方：
 - 捐赠方药物警戒部门，用以进行处理及履行报告义务。在数据隐私保护水平与您所在国家不同的国家，相应个人数据的处理可能由捐赠方或项目执行方提供支持，在这种情况下，捐赠方将通过签订合同确保适当的数据保护水平；
 - 为了审计和检查目的，提供给捐赠方的审计员，以确保本项目合规运行；
 - 提供给监督管理部门，以遵守法律要求（例如报告不良事件），并确保本项目合规运行。
- 您有权撤回您同意处理您个人信息和数据的知情同意，而无需给出任何理由。这意味着您不能继续参加本项目，中华慈善总会也不会再收集您的其他个人数据。请注意，如果出于监管目的（例如不良事件报告义务）或确保本项目的合规性的需要，基于您最初的知情同意已实际采集的信息可能无法被删除。若您申请撤销针对本项目的知情同意，您可联系【科跃奇项目热线：010-6216 1208】。
- 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。
- 该项目只对中华人民共和国大陆地区公民提供援助，科跃奇药品须为在中华人民共和国大陆地区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，我办不为患者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科跃奇 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，患者均为自愿参加，中华慈善总会对其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。
- 如患者进入其他援助项目将停止本项目援助。
- 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。
- 中华慈善总会及本项目捐赠方（即拜耳医药保健有限公司和其关联方）有权基于内部管理以及项目调整等原因终止本项目及相应捐赠事项。
- 中华慈善总会科跃奇 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。

中华慈善总会科跃奇 Co-pay 慈善援助项目办公室

2024 年 2 月



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科跃奇 Co-pay 慈善援助项目。我已全部知晓《中华慈善总会科跃奇 Co-pay 慈善援助项目患者申请告知书》及《中华慈善总会科跃奇 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，愿意将个人信息提供至第三方用于调查核实及审计抽查，我将严格遵守中华慈善总会科跃奇 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但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科跃奇 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。另外，本人亦知晓并同意本人仅可在当地医保报销的购药金额范围内申请相应善款，同时，亦理解并同意中华慈善总会及本项目捐赠方有权基于内部管理以及项目调整等原因终止本项目及相应捐赠事项。

我同意执行方将我的不良事件、产品技术投诉和/或使用方面的问题或其他安全性相关事件报告至拜耳药物警戒部门。

我同意拜耳药物警戒部门联系执行方或我的治疗医生，执行方联系我以跟进不良事件、产品技术投诉和/或使用问题或其他安全性和质量相关事件。

我同意拜耳的药物警戒部门向监督管理部门提供我的信息，以符合不良事件、产品技术投诉和/或使用问题或其他安全性和质量相关事件方面的监管要求。

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科跃奇 Co-pay 慈善援助项目。我已全部知晓《中华慈善总会科跃奇 Co-pay 慈善援助项目患者申请告知书》及各项《中华慈善总会科跃奇 Co-pay 慈善援助项目登记表》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，愿意将个人信息提供至第三方用于调查核实及审计抽查，我将严格遵守中华慈善总会科跃奇 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但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科跃奇 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。另外，本人亦知晓并同意本人仅可在当地医保报销的购药金额范围内申请相应善款，同时，亦理解并同意中华慈善总会及本项目捐赠方有权基于内部管理以及项目调整等原因终止本项目及相应捐赠事项。

我同意执行方将我的不良事件、产品技术投诉和/或使用方面的问题或其他安全性相关事件报告至拜耳药物警戒部门。

我同意拜耳药物警戒部门联系执行方或我的治疗医生，执行方联系我以跟进不良事件、产品技术投诉和/或使用问题或其他安全性和质量相关事件。

我同意拜耳的药物警戒部门向监督管理部门提供我的信息，以符合不良事件、产品技术投诉和/或使用问题或其他安全性和质量相关事件方面的监管要求。

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)



科跃奇 Co-pay 慈善援助项目 患者基本信息登记表

患者姓名		身份证号码		近期 1 寸照片
联系电话（尽量多填）：				
邮寄地址：				
工作单位名称：				
单位职务		近一年总收入 单位：元 (必填)		
医保情况	医保所属地：_____省_____市			
	类型： <input type="checkbox"/> 城镇居民医保 <input type="checkbox"/> 城镇职工医保 <input type="checkbox"/> 新农合医保 <input type="checkbox"/> 其他_____（如选“其他”需注明具体医保类型）			
当地街道办事处、乡镇政府、当地慈善会或其他相关单位核准患者是否已丧失继续治疗的经济能力		中华慈善总会科跃奇 Co-pay 慈善援助项目办公室意见（此项无需申请人填写）		
(单位公章)		年 月 日		

特别提示：在申请期间请及时接听项目办电话。如您材料寄出超过 10 个工作日没有任何反馈，务必请及时拨打项目热线咨询。



科跃奇 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）：					
单位职务		有工作单位需加盖单位公章，无单位者需由当地街道办事处、乡镇政府或其他相关单位核准并盖章			
近一年总收入 单位：元 (必填)		(单位公章) 单位电话：			

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）：					
单位职务		有工作单位需加盖单位公章，无单位者需由当地街道办事处、乡镇政府或其他相关单位核准并盖章			
近一年总收入 单位：元 (必填)		(单位公章) 单位电话：			

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，亲属有多个联系电话的，请尽量多填。
3. 患者 22 岁(含)以下需填父母信息，患者 22 岁（不含）以上无需填写父母信息。
4. 本页表格可复印使用。
5. 如有任何疑问请致电科跃奇项目热线 010-6216 1208，或查询网站 <http://www.bkq-kyq.com>。