“健康湖南·健康人家—计划生育困难家庭
肿瘤患者医疗救助”项目申请人承诺书

本人 ,身份证号 ,现申请湖南省人口健康福利基金会“健康湖南·健康人家—计划生育困难家庭肿瘤患者救助”项目（以下简称本项目）医疗救助，并做出如下承诺：

一、本人因家庭经济困难，无力承担全部医疗支出，向湖南省人口健康福利基金会申请医疗救助。

二、本人已充分了解住院治疗花费经基本医疗保险报销后的自费部分需先由本人筹集支付，再向基金会申请救助。

三、本人所提供的所有申请资料信息，包括《救助申请表》、医疗证明资料等真实、可靠，不存在任何虚假、不实情况，如有任何造假、虚构，将向湖南省人口健康福利基金会返还全额救助资金，并承担一切法律责任。

四、湖南省人口健康福利基金会、湖南康爱肿瘤患者服务中心如需通过入户调查、邻里走访、电话、信函索证、信息公示等方式不定期进行调查核实情况，本人承诺将配合相关工作。

五、本人同意湖南省人口健康福利基金会、湖南康爱肿瘤患者服务中心合理合法使用提交的全部信息材料, 并自愿将本人肖像权授予“健康湖南·健康人家—计划生育困难家庭肿瘤患者救助”项目作为项目宣传推广使用。

六、本人如与项目合作医疗单位发生医疗纠纷及其他一切意外情况，承诺依法依规与医疗机构协商处理，均与湖南省人口健康福利基金会及任意第三方无关。

七、本人同意接受一切合法形式的社会监督。

如申请人因客观原因必须委托第三人签署本承诺书，需提供书面授权，并写明本人与签署人的关系。

本承诺书的签署人确保是拥有完全民事行为能力和民事权利能力的中华人民共和国公民。

承诺人签名（指印）：

监护人/受委托人（指印）：

申请日期：