

爱赫新生-卵巢癌患者关爱项目 患者同意书

尊敬的患者朋友：

您好！为了帮助更多卵巢上皮癌、输卵管癌或原发性腹膜癌患者减轻经济负担，帮助患者可持续、规范地接受治疗，提高治疗的可及性，减轻家庭与社会负担，提高生活质量，延长生命。北京康盟慈善基金会发起“爱赫新生-卵巢癌患者关爱项目”（以下称“项目”）。项目将为经临床诊断适用于索米妥昔单抗注射液（爱拉赫®）治疗的卵巢上皮癌、输卵管癌或原发性腹膜癌的成年患者，给予部分资金援助，继续减轻患者家庭与社会负担。

现将本项目开展相关事宜做如下公告，请您仔细阅读并完全理解以下内容后再决定是否参加本项目，如您有任何疑问，均可通过本项目官方渠道发布的联系方式进行咨询，本项目将如实为您解答。

一、援助对象

全国范围内经临床诊断适用于索米妥昔单抗注射液（爱拉赫®）治疗的卵巢上皮癌、输卵管癌或原发性腹膜癌患者。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。

二、项目范围

项目申请患者需为中国大陆地区公民。

三、援助方案

项目计划为经临床诊断适用于索米妥昔单抗注射液（爱拉赫®）治疗的卵巢上皮癌、输卵管癌或原发性腹膜癌患者，给予部分资金援助。

符合项目援助条件的卵巢上皮癌、输卵管癌或原发性腹膜癌患者，前往医院诊疗并经临床医生处方，由项目审核通过，每个援助患者每2盒用药援助40000元。

四、项目周期

项目周期预计为2024年9月-2025年8月。（注：项目援助资金发放完毕，项目将自动终止。）

五、项目申请条件

首次申请：

- 1) 填写《爱赫新生-卵巢癌患者关爱项目患者申请表》（邮箱上传）。
- 2) 签署《爱赫新生-卵巢癌患者关爱项目患者之情同意书》（邮箱上传）。
- 3) 患者身份证正反面（邮箱上传）。
- 4) 患者银行卡正反面（邮箱上传）。
- 5) 诊断为卵巢上皮癌、输卵管癌或原发性腹膜癌报告或出院小结或诊断证明（需是正规医院出具，三选一上传即可）（邮箱上传）。

6) 提供叶酸受体 (FR α) 检测报告 (邮箱上传)。

7) 使用 2 盒索米妥昔单抗注射液 (爱拉赫®) 用药处方签、发票、当次医院就诊病历信息 (邮箱上传)。

8) 签署《援助资金领取确认书》(邮箱上传)。

二次申请:

再次使用 2 盒索米妥昔单抗注射液 (爱拉赫®) 用药处方签、发票、当次医院就诊病历信息 (邮箱上传)。

项目终止援助条件

- 1、已过项目申请时间或未到申请截止时间但项目资金已发放完毕。
- 2、患者伪造、篡改、捏造申请资料或者隐瞒申报, 提供不实虚假资料。
- 3、患者自愿放弃援助资格。或法定监护人、亲属要求停止项目援助。
- 4、患者未按照项目规范及要求。
- 5、患者本人、其直系亲属 (包括法定监护人) 以及其授意的利害关系人严重干扰项目相关人员正常工作秩序, 或为了得到项目援助, 向项目相关人员行贿。
- 6、项目自然终止、因不可抗力、捐赠企业经营条件恶化或其他特殊原因致使项目终止, 或项目未终止但援助金发放完毕。
- 7、项目办无法与患者或患者家属取得联系, 失联达一个月 (30 天), 将暂停当援助资格。

六、联系我们

1、如果您需要更正、补充、删除个人信息或有其他疑问或建议等, 您可以通过 ahxs@bjhacf.org 与我们联系, 我们将在收到您相关联系信息后 15 天内回复。

2、如果您对我们的回复不满意, 特别是您认为我们的个人信息处理行为损害了您的合法权益, 您还可以通过向我们投诉来寻求解决方案。

七、特别声明

1、本项目为公益援助项目, 患者依据自身情况自愿申请。基金会对患者的病情、治疗不承担任何责任和义务。项目仅对您申请参与援助的资格进行判断, 不做任何医疗判断。

2、本项目为公益援助项目, 发放的援助金仅用于解决患者用药可及性问题, 解决由药品治疗花费而带来的家庭与社会负担, 而非用于患者个人或家庭的生活质量提升等其他用途。

3、本项目为公益援助项目, 患者不可通过本援助项目来进行额外获利。

4、本项目只对能够严格按照项目规定程序申请的患者提供项目援助, 因个人原因不能按照项目规定申请和领取援助药品和资金的患者将自行承担因此产生的后果。

5、关于本项目的任何信息均以项目正式发布的信息为准，项目不为误信其他渠道信息产生的任何后果承担责任。

6、在申请、受助期间，患者及其指定紧急联系人应保证联系方式畅通，患者联系方式变更时，应及时通知项目相关人员。如对项目有任何疑问，请通过基金会官网查询相关信息。凡由于患者自身原因，或者患者受托人原因，或者未经核实擅自按照虚假或者不实信息提交材料导致不合格、超过申请时间造成患者受助延误、病情变化等后果，项目方不承担责任。

7、在申请、受助过程中，因患者本人及家属言行对项目方造成损失的，患者及家属应承担相应的责任。

8、本项目为公益项目，本项目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。举报邮箱为 ahxs@bjhacf.org。

9、因不可抗力，或者患者自身原因，或者患者受托人原因，导致患者无法得到项目援助的，项目方不承担责任。

10、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。

11、项目方有权基于内部管理以及项目调整等原因提前终止本项目及相应捐赠事项。

12、项目方对本项目拥有最终解释权。

八、声明及信息授权

1、本项目为患者援助项目，患者需自愿申请参加，并自愿提供且同意基金会收集项目申请、审核和批准所需的相关信息（包括联络信息、健康信息以及相关医学资料等，下称“个人信息”）。

2、对于患者提供的个人信息，基金会将严格保密，不会用于任何商业目的，仅仅用于项目管理、执行、审计等目的。基金会承诺，除了本知情同意书所述之外，基金会不会出售、出租或交易患者的个人信息。基金会会采取合理的步骤保护患者个人信息的安全，并保护患者的信息免受丢失、滥用、未经授权访问、披露、变更或销毁。如基金会委托第三方为本项目提供服务，为确保项目顺利进行，基金会可能会向第三方提供您的个人信息。基金会可以将您脱敏或聚合的信息提供给第三方，对外提供的信息不会指向特定的人员。如您在阅读本告知书过程中有任何疑问或权利请求等个人信息相关事宜的，请通过告知书的联系方式联系我们，我们会尽快为您作出解答。

北京康盟慈善基金会
2024年9月

患者本人在此申明：我已经认真阅读了上述有关项目告知内容，因存在疾病治疗经济困难，自愿按照规则申请爱赫新生-卵巢癌患者关爱项目。我已经完全知晓《爱赫新生-卵巢癌患者关爱项目》中的全部内容，并完全接受其中的各项约定。患者本人在此郑重承诺：我在申请、受助期间，提供资料均真实准确，愿意接受北京康盟慈善基金会的调查核实及审计抽查，同意并将严格遵守爱赫新生-卵巢癌患者关爱项目的各项规定。我愿意承担未如实申报或违反项目任何规定所产生的包括申请得不到批准或援助立即终止等全部后果。如患者本人或本人亲属任何言行对受北京康盟慈善基金会造成损失的，我将承担相应责任。

患者签字：

签字日期：