**球爱-儿童及青少年脊柱侧弯患者援助项目审批表**

|  |  |
| --- | --- |
| 村（居）委会审核意见 | （盖章）  审核人签字： 年 月 日 |
| 乡镇/街道办事处 | （盖章）  审核人签字： 年 月 日 |
| 代求助组织审核意见(通过其他法人公益组织代求助患者适用) | （盖章）  审核人签字： 年 月 日 |
| 北京球爱的天空慈善基金会 | （盖章）  审核人签字： 年 月 日 |

注：1、申请表请用蓝黑钢笔或签字笔填写，逐项需签字盖章有效；请务必向北京球爱的天空慈善基金会递交此表原件，随同此表递交的相关材料请参见《球爱-儿童及青少年脊柱侧弯患者援助项目申请材料目录》。

2、代求助组织审核意见一栏只适用于通过具有法人身份的公益组织向北京球爱的天空慈善基金会求助的患者。