

东平县慈善总会文件

东慈字〔2025〕3号

关于印发《东平县“大病救助·慈善助医”实施方案》的通知

各乡、镇人民政府，各街道办事处，县直各部门、各单位，市以上驻东平各单位：

现将《东平县“大病救助·慈善助医”实施方案》印发给你们，请认真贯彻落实。



东平县“大病救助·慈善助医”实施方案

为充分发挥慈善力量在社会救助工作中的重要作用，进一步健全政府救助和慈善救助相衔接机制，配合省民政厅“慈善救急难双百行动”，县慈善总会实施“大病救助·慈善助医”项目，现制定如下实施方案。

一、救助对象及标准

救助对象为具有东平县户籍，符合以下条件之一的大病患者。

（一）低保对象、特困人员、易返贫致贫人口、低保边缘人口、防止返贫监测对象经医保报销、政府救助、商业保险赔付、社会援助后个人自负医疗费用 5 万元以上的大病患者给予 2000-3000 元救助，同时向省市“救急难”平台推送信息申请联合救助。

（二）其他困难群众本年度个人自负医疗费用高于本地上年度人均可支配收入 1 倍以上的大病患者，给予自负医疗费 10% 的救助，最高救助 4000 元。

（三）对当年度积极支持县慈善总会捐款单位、社会组织、企业的在职人员及其直系亲属（父母、配偶、子女）当年度住院产生的医疗费，经医疗保险、商业保险以及其他政策性救助后实际自负超过 5 万元，因病导致生活困难的，给予最高 5000 元救助。

（四）对因各种重大疾病、罕见病医疗支出过大造成重大生活困难的，按照一事一议的方式和适度提高救助额度的原则给予救助，救助金额不高于1万元。

二、资金来源

“大病救助·慈善助医”资金从县慈善总会“慈心一日捐”善款及上级慈善总会专项补助资金中列支。

三、救助原则

（一）量力而行原则。县慈善总会根据每年接收善款情况统筹安排“大病救助·慈善助医”专项资金对符合条件的给予救助。

（二）公平公开原则。救助对象和救助金额列入慈善总会公开事项，通过网站、媒体进行信息公开，设立举报信箱和举报电话，接受社会监督。

（三）规范救助原则。县慈善总会严格按照申请—审核—复核—公示—审批的工作程序开展慈善大病救助。

四、救助程序

（一）慈善大病救助申请人根据属地救助原则，向户籍所在地的县级慈善总会（民政办）提出申请，并提供以下材料：经所在单位、村（居）委会、乡镇（街道）民政部门审核盖章的《东平县大病救助慈善助医申请表》、申请人身份证、户口簿复印件、住院病历首页、当年度住院医疗费凭证或大病保险凭证复印件。向慈善组织捐款者需提供捐赠票据

(捐赠截图)或所在单位出具的捐款数额证明,可证明系捐款人直系亲属的户口簿或书面承诺书。身份证、户口簿、医疗费凭证及相关证件需核对原件。

(二)县慈善总会申请人家庭情况进行调查核实,确定拟救助名单。

(三)确定救助对象并公示,公示无异议后核定并发放救助金。每半年救助一次,分别为6月份和12月份。

五、工作要求

实施“大病救助·慈善助医”工作,关系困难群众的切身利益,最大限度发挥慈善的第三次分配作用,是改善民生,促进社会公平和谐的重要举措,各单位各部门高度重视,加强领导,精心组织,规范操作,及时上报符合条件的人员。

附件:1、重大疾病参考病种

2、东平县“大病救助·慈善助医”申请审批表

3、东平县“大病救助·慈善助医”汇总表

附件 1:

重大疾病参考病种

一、血液类重病，如：白血病、血生障碍性贫血、儿童血友病、儿童白血病、血友病、地中海贫血。

二、肿瘤类重病，如：恶性肿瘤、细胞间质瘤、胃癌、食道癌、结肠癌、直肠癌、肺癌、肝癌、乳腺癌、宫颈癌、神经母细胞瘤、儿童淋巴瘤、骨肉瘤、膀胱癌、卵巢癌、肾癌。

三、肝类重病，如：肝硬化。

四、免疫类重病，如：红斑狼疮、戈谢病。

五、传染类重病，如：艾滋病、耐多药肺结核、耐多药结核病、艾滋病机会感染。

六、脑血管类重病，如：血管支架、血管搭桥、脑出血后遗症、脑梗死。

七、心脏类重病，如：心脏瓣膜置换术、主动脉夹层，儿童先心病、急性心肌梗死、风湿性心脏病。

八、肾病类重病，如：尿毒症、肾病综合症。

九、器官移植类重病，如：肾移植、心脏移植、肝脏移植、肺移植、骨髓移植。

十、内分泌类重病，如：甲亢、I 型糖尿病。

十一、神经类重病，如：重症肌无力、癫痫、重性精神疾病。

十二、其他重病，如：强直性脊柱炎、多发性硬化症、尘肺、唇腭裂、尿道下裂。

附件 2:

东平县“大病救助·慈善助医”申请审批表

患者姓名			申请人姓名		
身份证号码					
联系电话					
家庭住址					
姓名及农村信用社卡号					
所患疾病			年医疗费总额（元）		
			医保部门报销金额（元）		
			其他政策性救助金额（元）		
			自负医疗费（元）		
			慈善大病救助比例（%）		
			慈善大病救助金额（元）		
家庭主要成员情况	姓名	与本人关系	单位/住址		
救助类型	☐ 低保家庭	☐ 低保边缘家庭	☐ 特困人员	☐ 其他贫困家庭	
	☐ 捐款部门在职职工		☐ 一事一议大病患者		
申请人承诺	本人所述情况属实，提供证件、材料真实，如有虚假，愿承担相应法律责任。 签字（手印）：				
村（居）委会意见		单位、乡镇（街道）意见		县慈善总会意见	
签字： （盖章） 年 月 日		签字： （盖章） 年 月 日		签字： （盖章） 年 月 日	

附件 3:

东平县“大病救助·慈善助医”汇总表

填报单位(盖章):

填报时间: 年 月 日

序号	姓名	身份证号码	联系方式	家庭经济情况 低保、低保边缘家庭、特困人员、 其他困难、捐款单位在职职工、 一事一议	所患疾病	个人自费 医疗费 (元)	慈善大病 救助额 (元)
合计							

填报人:

审核人:

信息公开选项：依申请公开

东平县慈善总会办公室

2025 年 4 月 16 日