

东平县慈善总会文件

东慈字〔2023〕2号

关于印发《东平县“慈善救助·康复助医” 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“慈善救助·康复助医”实施方案》印发给你们，请认真贯彻落实。



东平县 “慈善救助·康复助医” 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“慈善救助·康复助医”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）对已享受民政临时救助后的低保、低保边缘家庭、特困人员及其他贫困家庭中的大病患者，个人自负医疗费仍超过10万元以上的部分，给予自负医疗费10%的救助，最高救助3000元。

（二）对本年度个人自负医疗费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

“慈善救助·康复助医”资金从县慈善总会的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“慈善救助·康复助医”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（慈善办）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《东平县慈善大病救助申请表》、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）县慈善总会对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“慈善救助·康复助医”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“慈善救助·康复助医”申请审批表

3、东平县 2023 年度“慈善救助·康复助医”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“慈善救助·康复助医”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 2023 年度慈善救助·康复助医汇总表

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	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

2023 年 7 月 28 日
