

永州市慈善总会

永州市慈善总会 印发《关于开展“肿瘤患者精准扶贫” 项目的实施方案》的通知

各县区、管理区、经开区慈善会：

现将《关于开展“肿瘤患者精准扶贫”项目的实施方案》
印发给你们，请按《方案》要求认真组织实施。



关于开展“肿瘤患者精准扶贫” 项目的实施方案

为了让更多需要帮助的贫困肿瘤患者得到及时救治，永州市慈善总会、永州市总工会、湖南康爱肿瘤患者服务中心、永州珂信肿瘤医院联合在永州市开展“肿瘤患者精准扶贫”医疗救助活动，为确保活动顺利组织实施，特制定本方案：

一、项目名称：肿瘤患者精准扶贫项目

二、项目时间：2020年7月1日—2021年6月30日

三、组织机构：

（一）主办单位：永州市慈善总会

永州市总工会

湖南康爱肿瘤患者服务中心

（二）精准扶贫定点医疗机构：永州珂信肿瘤医院

四、设立肿瘤患者救助专项基金：用于定点医疗机构住院的贫困肿瘤患者医疗救助。

（一）资金来源：肿瘤患者救助专项基金由湖南康爱肿瘤患者服务中心等多家爱心单位共同筹集。专项基金由湖南康爱肿瘤患者服务中心向永州市慈善总会进行捐赠，另行签署捐赠协议。

（二）资金监管：户名：永州市慈善总会，开户行：永州农村商业银行逸云路支行，账号：82013850001296096。

永州市慈善总会设立项目专项基金，专账管理，专款专用。

五、救助对象及名额

（一）救助对象：建档立卡贫困户、低保户、特困供养人员及家境困难的残疾人、下岗人员及贫困建档职工等，且需住院救治的肿瘤患者。

（二）救助名额：

本项目共救助患者 425 名。

具体分配为：冷水滩、零陵、东安、双牌、江华、江永、新田、蓝山各 25 名；宁远、祁阳、道县各 30 名；金洞管理区、回龙圩管理区、经济技术开发区各 5 名；市总工会建档困难职工 120 名。

六、救助标准

救助对象住院医疗费用在已获得基本医疗保险、大病保险报销及其它政策性医疗救助后，项目实施期间，在定点医疗机构住院治疗的患者个人自付部分超过 1000 元以上的，按实际自付部分的 50% 给予救助，单次救助最高不超过 1 万，每个对象救助不超过 3 次。

七、申报流程

（一）申报。凡符合救助条件的贫困肿瘤患者到乡镇（街道）申请，或直接到定点医疗机构住院治疗，再提出申请，并填写和准备以下相关资料。

- （1）《“肿瘤患者精准扶贫”项目救助申请表》；
- （2）《“肿瘤患者精准扶贫”项目救助申请人承诺书》；
- （3）申请人有效身份证或户口本复印件；
- （4）相关贫困证明材料。

(5) 本人的银行卡复印件。

(6) 患者出院诊断证明、出院记录、医疗发票、出院结算单等相关资料复印件（需医院盖章）。

(二) 初审。县区慈善会负责督促和指导本辖区的乡镇（街道）对申请人提交的材料进行审查把关，符合救助条件的，要及时签署意见盖章，并要求乡镇（街道）每月底前上报拟救助对象统计表，予以备案。贫困建档职工由市总工会进行初审。

(三) 审批。每个月底，合作医院收到患者提交资料后，收集汇总按月报送至永州市慈善总会进行审批，并报送至湖南康爱肿瘤患者服务中心备案。

(四) 发放。审批通过后的第二个月初，市慈善总会将救助款直接汇入救助患者指定银行账户。

八、项目要求

(一) 加强项目宣传。要充分利用新闻媒体、网站、微信、微博等形式，广泛开展宣传，扩大项目影响力和知名度，让更多的贫困肿瘤患者认识、了解项目，主动申请并享受社会的关爱。

(二) 严格对象审查。要按照项目实施要求，对申请救助的对象严格审核把关，在一定范围内进行公示，主动接受社会监督，确保阳光透明，发挥好项目的社会效应。

(三) 加强医疗管理和服务。定点医院要严格按照国家相关规定对救助对象进行诊治，提供人文关怀并实施医疗风险评估，坚决杜绝医疗事故的发生，对因医疗过错给患者造

成的损害全权负责并承担相应医疗损害赔偿责任。

申请报名电话：黄女士，0746-8212222，手机：13874645333。

附件：1、“肿瘤患者精准扶贫”项目救助申请表

2、“肿瘤患者精准扶贫”项目救助申请人承诺书



湖南康爱肿瘤患者服务中心



附件1

“肿瘤患者精准扶贫”项目救助申请表

申请人基本情况	姓 名		性别		出生年月		民族	
	身份证号码				联系电话			
	救助对象类别							
	家庭住址							
	家庭人均年收入							
	银行账户姓名		银行账号					
	开户行及具体支行							
家庭成员情况	姓 名	出生年月	与本人关系		工作（学习）单位/职业			
类别	困难家庭（ ☐ 建档立卡 ☐ 低保户 ☐ 特困供养户 ☐ 其他类型贫困_____）							
家庭困难情况说明（200 字以内）								
本人签名： 年 月 日								

患者所在乡镇、 街道意见	负责人签字：_____ (单位盖章) 年 月 日			
定点医院 审核意见	诊断疾病		医疗总费用	
	自费金额		拟救助金额	
	审核意见：_____ 负责人签字：_____ (单位盖章) 年 月 日			
永州市慈善总会 审批意见	负责人签字：_____ (单位盖章) 年 月 日			

备注：1. 患者申报材料包含：

- ①救助申请表；②申请人承诺书；③身份证、银行卡复印件；
- ④贫困证明复印件（如建档立卡证、低保证、特困供养证或其他贫困证明）；
- ⑤诊断证明书、医疗发票、出院记录、医保结算凭证等资料(复印件需加盖医院收费专用章)；

2.请申请人如实填写相关信息，如情况不实则取消救助金申请资格并追究相关法律责任；

3.银行账号信息请填写本人银行账号；

4..本申请表一式两份。

附件2

“肿瘤患者精准扶贫”项目救助申请人承诺书

本人_____,身份证号_____

现申请永州市慈善总会--湖南康爱肿瘤精准扶贫救助项目医疗救助,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,向永州市慈善总会--湖南康爱肿瘤患者服务中心申请“肿瘤患者精准扶贫”项目医疗救助。

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“肿瘤患者精准扶贫”项目申请救助。

三、本人所提供的所有申请资料信息,包括《“肿瘤患者精准扶贫”项目救助申请表》、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,将向永州市慈善总会--湖南康爱肿瘤患者服务中心“肿瘤患者精准扶贫”项目返还全额救助资金,并承担一切法律责任。

四、永州市慈善总会--湖南康爱肿瘤患者服务中心“肿瘤患者精准扶贫”项目如需通过入户调查、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、本人同意永州市慈善总会--湖南康爱肿瘤患者服务中心“肿瘤患者精准扶贫”项目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“永州市慈善总会--

湖南康爱肿瘤肿瘤患者服务中心“肿瘤患者精准扶贫”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，均与永州市慈善总会--湖南康爱肿瘤肿瘤患者服务中心及任意第三方无关。

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/监护人签名（指印）：

申请日期：