**2022年“点亮生命计划”大病救助项目**

**实施方案**

一、目的意义

依据《中华人民共和国慈善法》《社会救助暂行办法》，河南省慈善总会联合省辖市慈善总会开展“点亮生命计划”大病救助慈善项目。采取“医保报销一部分、患者自费一部分、慈善资助一部分”的形式，帮助困难大病患者解决大病自费负担难题，让大病患者及其家庭感受到政府、社会以及慈善组织的关爱，增强其脱离困境的信心、勇气和力量。

二、救助对象名额

计划救助100名我省低保、特困和三类边缘户，患有白血病、先心病、恶性肿瘤等重大疾病，住院治疗自费部分较高，无力全部承担的困难患者。

三、救助标准

个人实际负担医疗费用（医疗总费用减去医保报销、商业保险报销、各种救助金等）5万元（含）以上，救助1万元。

四、项目资金

项目资金100万元，由省、市慈善总会按照1:1的比例共同募集。省慈善总会募集的项目资金，不收取管理经费。

1. 实施流程

（一）本着自愿原则，征集参与项目联动的省辖市慈善会。

(二)参与项目联动的省辖市慈善会按照项目要求接收、初审项目申请资料，并提出救助意见。

（三）省慈善总会对省辖市慈善会呈报的资料进行审核。审核通过后，根据财务管理办法，拨付省慈善配套项目资金至省辖市慈善会。

（四）省辖市慈善会收到省慈善总会配套资金后，连同本级救助资金一并全额发放给救助对象，并将发放凭证寄至省慈善总会。

六、项目回访

省慈善总会对救助对象回访并填写回访表，回访率不少于40%。

七、项目公示、评估

（一）项目公示

根据慈善法要求，在河南慈善网公示项目相关信息。

（二）项目评估

12月份结项评估。建立项目纸质档案和电子档案，项目票据、项目资料完整、按时归档。

十、联系电话

河南省慈善总会募捐救助部：0371-65909051

附件1.2022年“点亮生命计划”大病救助项目捐赠意向书

2.2022年“点亮生命计划”大病救助项目申请表

3.2022年“点亮生命计划”大病救助项目汇总表

附件1

2022年“点亮生命计划”大病救助项目捐赠意向书

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 捐赠人（单位）名称 | |  | | | | | |
| 捐赠人（单位）地址 | |  | | | | 邮政编码 |  |
| 捐赠单位法人代表 | |  | 联系人 | |  | 联系电话 |  |
| 捐赠名额及金额 | | 自愿捐助 名患大病的困难群众，每人5000元，总计捐助 元。 | | | | | |
| 是否定向 | |  | | | | | |
| 河南省慈善总会银行账户 | | 开 户 行：中国银行郑州晨旭路支行  开户名称：河南省慈善总会  账 号：2585 0087 5828 | | | | | |
| 河南省慈善总会  联系信息 | | 联系电话 | | 0371—65909051  13837121221 | | | |
| 邮箱 | | [921606371@qq.com](mailto:673233517@qq.com) | | | |
| 捐赠单位（公章） 捐赠人（签名）  年 月 日 | | | | | | | |
| 说明 | 省慈善总会根据实际捐赠额度开具捐赠具有免税资格的捐赠票据及捐赠证书。 | | | | | | |

附件2

2022年“点亮生命计划”大病救助项目申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号 | |  | | | |
| 性 别 |  | 年 龄 | |  | | 电话 |  |
| 家庭地址 |  | | | | | | |
| 贫困类别 | 低保□ 建档立卡□ 特困□ 其他□ | | | | | | |
| 疾病类型 |  | | 就诊医院 | |  | | |
| 自费金额 |  | | 救助金额 | |  | | |
| 市慈善总会  意见 | （机构盖章）  年 月 日 | | | | | | |

**申请时需同时递交以下材料：**

1.申请人身份证、户口本复印件；

2.低保、特困证复印件或三类边缘户证明原件（乡级以上）；

3.医疗发票或医保结算单等原始凭据原件（一年内）；

4.疾病诊断证明；

5.近期病历首页**（**第3、4、5项材料应为同一医院）。

附件3

2022年“点亮生命计划”大病救助项目汇总表

省辖市慈善会（盖章）:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 地址 | 联系方式 | 疾病类型 | 就诊医院 | 自费金额 | 救助金额（元） | | |
| 省慈 | 市慈 | 合计 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |