2023年“点亮生命计划”大病救助项目

实施方案

一、目的意义

根据《中华人民共和国慈善法》、《社会救助暂行办法》的相关规定，为发挥慈善会“帮扶弱势群体、救助困难群众”的职能，河南省慈善联合总会通过对往年项目执行的评估，结合合作慈善会的要求及困难群众的需求，2023年继续联合省辖市慈善会开展“点亮生命计划”大病救助慈善项目。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，帮助困难大病患者减轻大病负担，让大病患者及其家庭感受到党和政府的关心及社会各界的的关爱。

1. 救助对象

我省低保、特困和三类边缘户中，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

由省、市慈善总会按照1:1的比例共同募集（附件1）。省、市慈善会项目运行费用不超过各自筹资额的6%。

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、审核项目申请资料（附件2、3），并提出救助意见。

（三）省慈善联合总会对市慈善会呈报的资料进行审核。通过后，根据财务管理办法，拨付配套资金至市慈善会。

（四）市慈善会收到配套资金后，与市本级救助资金一起全额发放给救助对象，并邮寄发放凭证至省慈善联合总会。

六、项目进度

3月底前确定项目方案并启动；4-11月募集项目资金并开展救助；12月中旬项目结项。

七、项目回访

抽查回访救助对象并填写抽查回访表（附件4），抽查回访率不少于30%。

八、项目公示、总结

（一）项目公示

根据信息公开办法要求，在慈善中国、河南慈善网公示项目相关信息。

（二）项目总结

项目结束后，进行项目总结。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。

九、项目宣传

开展形式多样的宣传活动，宣传爱心企业和爱心人士的捐赠善举。

十、联系电话

 河南省慈善联合总会募捐救助部：0371-65909051

附件：1.“点亮生命计划”大病救助项目捐赠意向书

2.“点亮生命计划”大病救助项目申请表

3.“点亮生命计划”大病救助项目汇总表

4.“点亮生命计划”大病救助项目回访报

附件1

“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 |  |
| 捐赠金额 |  |
| 是否定向（如定向，请注明） |  |
| 河南省慈善联合总会银行账户 | 开 户 行：中国银行郑州晨旭路支行开户名称：河南省慈善联合总会账 号：2585 0087 5828 |
| 河南省慈善联合总会联系信息 | 联系电话 | 0371—6590905113837121221 |
| 邮箱 | 921606371@qq.com  |
| 捐赠单位/人（盖章/签名） 年 月 日 |
| 说明 | 省慈善联合总会根据捐赠额开具捐赠票据及捐赠证书。 |

附件2

“点亮生命计划”大病救助项目申请表

（2023年度）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号 |  |
| 性 别 |  | 年 龄 |  | 电话 |  |
| 家庭地址 |  |
| 贫困类别 | 低保□ 特困□ 三类边缘户□  |
| 疾病类型 |  | 就诊医院 |  |
| 自费金额 |  | 救助金额 |  |
| 信息授权 | 本人同意使用本人的个人信息用于开展慈善项目为目的公开募捐活动。 申请人签字： 年 月 日 |
| 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.申请人身份证或户口本复印件；2.低保、特困证复印件或三类边缘户证明原件；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。

附件3

“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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合 计** |  |  |  |

附件4

“点亮生命计划”大病救助项目回访表

回访单位/人： 回访时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 家庭地址 | 联系电话 | 资助资金 | 资助款是否全额收到 | 是否对其有帮助 | 意见和建议 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |