

x213	2020	92
	30年	15

肥西县红十字会文件

肥红字〔2020〕8号

肥西县红十字会关于印发《博爱肥西·大病救助资金管理办法》的通知

各乡镇（园区）红十字会，县直有关行业红十字会：

现将重新修订后的《博爱肥西·大病救助资金管理办法》印发给你们，请认真遵照执行。



博爱肥西·大病救助资金管理办法

第一条 为巩固我县扶贫成果，切实减轻罹患恶性肿瘤等重特大疾病的困难家庭的医疗费用负担，解决或缓解因病返贫、因病致贫，构建和谐社会，根据《中华人民共和国红十字会法》、《中华人民共和国慈善法》、《中华人民共和国公益事业捐赠法》、《中国红十字会募捐和接受捐赠工作管理办法》《安徽省人民政府关于进一步促进红十字事业发展的实施意见》、《安徽省“博爱在江淮”社会救助资金使用管理办法》等规定，结合我县实际，特制定本办法。

第二条 救助资金来源：

- (一) 县财政拨款；
- (二) 爱心企业、爱心人士捐赠；
- (三) 其他。

第三条 大病救助资金以财政拨付的 100 万元为主，实行总额控制、量入为出，专款专用、单独核算，任何单位和个人不得以任何形式占用或挪用，严禁用救助资金进行投资经营活动。

第四条 救助对象：

- (一) 县域内罹患各类恶性肿瘤、尿毒症等重特大疾病的困难家庭；
- (二) 因血液类疾病需造血干细胞、脐血等移植及组织和

其他器官移植的困难家庭；

(三) 遭受意外灾害（事故）造成重大伤害导致家庭生活特别困难需紧急医疗救助的困难家庭。

第五条 救助条件及标准：

根据申请人个人住院治疗自付（以县医保中心年终结算单据为依据）医疗费用的多少，按下列标准给予救助。具体为：

1、个人年自付住院医疗费用 5 万元至 10 万元（含 5 万元）的，给予 1 万元救助；

2、个人自付住院医疗费用 10 万元至 15 万元（含 10 万元），给予 3 万元救助；

3、个人自付住院医疗费用 15 万元以上（含 15 万元）的，包括实施造血干细胞、脐血等组织和器官移植手术的，给予 5 万元救助。

第六条 坚持扶危济困，公开、公平、公正的原则，根据当年资金和申请情况，分轻重缓急，筛选救助对象。

第七条 救助申请和审批：

(一) 申请：博爱肥西大病救助申请原则上一年申报 1 次，即 4 月 1 日至 5 月 31 日为申报时间，个人自付金额起算时间为上年度全年住院结算费用总额，持续治疗跨年度的，可延至申报年度 3 月 31 日。

申请人应如实填写《博爱肥西·大病救助资金申请表》，

经所在村（社区）或单位核实，签署意见并加盖公章后，转所在乡镇红十字会进行初审；申请人为机关事业单位职工的由所在单位初审并加盖公章后直接报送县红十字会。

（二）调查：乡镇红十字会接到申请，应及时对申请人相关材料及情况进行调查和初审后，再报送县红十字会审核；县红十字会在进行审核时，对意外或救助项目达3万元以上（含3万元）的，再到户或社区进行复审，异地治疗有异议的，可委托相关机构进行调查核实。

（三）审批：县红十字会根据县医保中心提供的申请人自付医疗金额数，进行分类梳理整理，提交县红十字会、县财政局、县民政局、县医保中心等负责人参加的会议进行集体会商，经县政府分管副县长（县红十字会会长）审批后，按程序拨付。

第八条 县红十字会工作人员必须遵循红十字运动人道性、公正性和中立性的基本原则，公正无私对待所有申请人，对不属于本办法规定范围或超范围的救助申请，应予耐心解释说明。

第九条 县红十字会负责对救助对象救助资金的使用情况进行跟踪问效，每年结合助学、助病等适当进行回访。对违反使用规定的，县红十字会有权决定救助的资金缓拨、停拨、直至收回拨付资金。

第十条 救助资金依法接受上级或同级财政、审计等部门的监督检查和审计。

第十一条 对违反本管理办法和财经纪律的行为，依照有关规定处理；对滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊，致使救助资金造成重大损失的，追究相关责任人责任，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第十二条 救助资金的使用管理情况接受社会监督。

第十三条 本办法由县红十字会、县财政局负责解释。

第十四条 本办法自 2020 年 1 月 1 日起施行。

附件：博爱肥西·大病救助申请表

附件

博爱肥西·大病救助申请表

姓 名				性 别		
出生年月				民 族		
联系电话				银行帐号		
家庭详细住址				病程		
家 庭 成 员 情 况	姓 名	年 龄	关 系	工 作 单 位	联 系 电 话	
家庭经济状况及申请资助理由	<p style="text-align: center;">申请人（或家属）签名：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>					

村（社区） 委会或所在 单位意见	单位公章 年 月 日
乡镇红十字会 初审意见	单位公章 年 月 日
县红十字会 审核意见	单位公章 年 月 日
集体研究 意 见	 年 月 日
县 政 府 分管领导 意 见	签 字： 年 月 日

申请人所需提供的证明材料

1. 申请人身份证和银行卡复印件；
2. 申请人病情诊断证明原件（医务处盖章或疾病诊断证明专用章）；
3. 申请人家庭贫困证明：低保（残疾）证复印件、社（村）委会或所在单位初核意见；
4. 申请人医保（城乡居民或职工医保）报销结算补偿单；
5. 以上证明材料另附，与申请表一并申报。