

荣成市慈善总会文件

荣慈字〔2021〕3号

2021 年荣成市慈善大病救助工作方案

为切实做好我市慈善大病救助工作，有效减轻困难家庭中大病患者的医疗负担，结合我市实际，现制定工作方案如下：

一、救助对象

具有荣成市户籍且具备下列条件之一的列为救助对象：

1、**特殊病种困难家庭：**对患有 21 种特定门诊慢性病（恶性肿瘤门诊放化疗（含保守治疗）、慢性肾功能衰竭门诊透析、器官移植手术后抗排异、慢性乙型病毒肝炎治疗、慢性丙型病毒肝炎治疗、肝硬化、糖尿病患者胰岛素治疗、重性精神病人药物维持治疗、系统性红斑狼疮（SLE）药物治疗、白内障门诊手术医疗、苯丙酮尿症、再生障碍性贫血、肺结核、血友病、儿童和青少年注意缺陷多动障碍、儿童脑瘫、肢体残疾、孤独症、智力残疾、肺外其他部位结核、耐多药结核（MDR-TB）和广泛耐药结核（XDR-TB））且年人均收入低于最低生活保障标准 200%的大病患者家庭，当年累计产生的医疗费用，经医疗保险、大病保险以及

其他政策性救助后，个人实际自负部分仍然超过 1 万元的家庭；

2、社会困难家庭：城乡低保家庭、城乡特困救助供养人员、困境儿童、脱贫户（享受政策户及防返贫监测户），当年患病住院产生的医疗费用扣除医疗保险、大病保险以及其他政策性救助后，个人实际自负部分不设起付线；年人均收入低于最低生活保障标准 200%的大病患者家庭，当年患病住院产生的医疗费用扣除医疗保险、大病保险以及其他政策性救助后，个人实际自负部分仍然超过 2 万元的家庭；

3、支出型社会困难家庭（年人均收入高于最低生活保障标准 200%低于上年度城乡人均可支配收入的大病患者家庭）：当年患病住院产生的医疗费用扣除医疗保险、大病保险以及其他政策性救助后，个人实际自负部分仍然超过 4 万元的家庭；

4、其他患病家庭：对向我市慈善总会捐款人员及其直系亲属，未列入以上救助范围，原则上对其当年住院产生的医疗费，经医疗保险、大病保险以及其他政策性救助后实际自负超过 2 万元，可在不超过其捐款总额的前提下，按最高 20%的标准给予救助。

二、救助比例

慈善大病救助标准按照个人实际自负部分 20%的比例予以救助，最高救助金额不超过 3 万元。

三、救助原则

1、应助尽助。慈善大病救助资金使用的是社会爱心善款，各级应确保慈善大病救助为救助的最后一步，按照应救助对象的数

量确定救助资金总额，确保符合救助条件的家庭全部得到救助。

2、公平公开。救助对象的确定应由个人申请并逐级申报，并列入村（居）务公开和镇政府（街道办事处）政务公开范围，村（居）委会、镇政府（街道办事处）应设立举报电话，接受群众监督。市慈善总会将通过新闻媒体、微信公众号等公示我市慈善大病救助情况，接受全社会监督。

3、时间要求。符合条件的大病患者家庭，其住院结算单据时间为2020年12月1日至2021年11月30日的纳入救助范围。

四、救助程序

1、申请人在户口所在地村（居）委会领取或登录荣成市人民政府网站、荣成市慈善总会微信公众号下载并详细填写《荣成市2021年度慈善大病救助申请表》（附件1），同时提供个人承诺书（附件2），户口本首页、索引页以及个人单页复印件，身份证复印件（城乡低保、特困救助供养人员还需提供有效资格证明复印件；困境儿童、享受政策及防返贫监测脱贫户还需镇街统一开具证明；向慈善总会捐赠者还需提供捐赠票据或所在单位、村居委会的捐赠数额证明，可证明系捐赠者直系亲属的户口簿或书面承诺书），医疗住院收费票据原件（异地就医未联网结算人员需提供医保局盖章的医疗住院收费票据复印件），基本医疗保险统筹费用结算明细单（或大病保险二次补偿费用结算单等）原件，社会困难户需村（居）出具家庭贫困证明（附件4），本人及家庭成员12个月的收入证明（附件5）及银行流水（对无法提供收入证明的

需由个人提交信用等级为 A 级以上的个人信用等级证明，然后由镇街逐一核查并出具未参加社会保险的证明)。

2、村(居)委会根据申请人填报的有关情况，对申请人家庭主要经济情况等进行调查，审核人需提交审核承诺书(附件3)，同时为申请人出具2021年慈善大病家庭贫困证明(附件4)并签字确定拟救助对象名单。相关情况在申请人户口所在地村(居)范围内进行不少于3天时间的公示。

3、对公示后无异议的拟救助对象，由其户口所在村(居)委会负责将拟救助对象填写的《荣成市2021年度慈善大病救助申请表》(附件1)及其他所有材料报所在镇(街道)审查合格公示3天无异议后，报市慈善总会审核，慈善总会确定拟救助对象，公示3天无异议后，确定救助对象。

4、对公示有异议的拟救助对象，由相关镇(街)、村(居)认真对照所反映问题进行调查。对经调查核实后拟救助对象确实符合慈善大病救助条件的，要将其列为拟救助对象；对经调查核实拟救助对象不符合慈善大病救助条件的，要将其排除出拟救助对象名单，并做好相关救助政策的解释工作，防止因处置不当而诱发群众不满情绪，所有调查情况要存档备案。

五、有关要求

1、对城乡低保家庭、城乡特困救助供养人员、脱贫户等困难家庭进行救助，是我市慈善救助工作的重要组成部分，是保障广大群众切身利益、构建和谐荣成、打造人居福地的重要举措，各

镇（街道）要高度重视，切实加强领导，认真组织，抓好落实，从根本上杜绝和防止因把关要求不严格、工作责任不落实、标准掌握不准确等导致产生的各类问题。

2、各镇（街道）通过审核公示确定拟救助对象，将确定后的拟救助人员进行汇总，填写荣成市 2021 年度慈善大病救助汇总表（附件 7）并由审核经办人、分管负责人签字加盖公章，连同其它上报材料（所有材料一式两份）于 2021 年 12 月 24 日前报市慈善总会（电子邮箱：rcscsb@wh.shandong.cn）。

附件：1. 荣成市 2021 年度慈善大病救助申请表

2. 个人承诺书

3. 审核承诺书

4. 2021 年慈善大病家庭贫困证明

5. 收入证明

6. 荣成市 2021 年慈善大病患者救助公示证明

7. 荣成市 2021 年度慈善大病救助汇总表



附件 1

荣成市 2021 年度慈善大病救助申请表

姓 名		性 别		照片
身份证号码		电 话		
困难类别		家庭住址		
所患疾病			医疗费总额（元）	
			自负医疗费（元）	
			慈善救助金额（元）	
家庭主要成员经济情况 (含未婚子女)	姓 名	与本人关系		工作单位
村（居）民委员会意见		镇（街道）意见		市慈善总会意见
年 月 日 (盖章)		年 月 日 (盖章)		年 月 日 (盖章)

注：困难类别 1. 特殊病种 2. 社会困难 3. 支出型 4. 其他

附件 2

个人承诺书

本人在申请 2021 年度荣成市慈善大病救助中，所提供的所有材料均真实有效，如有虚假与事实不符，愿承担一切法律责任，并放弃申请，足额退还补助金。同时接受按照《荣成市人民政府关于印发<荣成市社会信用管理办法><荣成市个人诚信积分管理办法><荣成市市场主体信用分级分类管理办法>的通知》规定，以“虚假申报、虚假承诺的”给予信用扣减 30 分的决定。

承诺人（签字手印）：

身份证号码：

年 月 日

审核承诺书

为切实做好 2021 年慈善大病救助工作，促进公开公平公正，维护群众合法权益，树立良好形象，特签订本承诺书。

1、严格按照 2021 年慈善大病救助政策标准对申请者提供的申报材料进行审核。

2、绝不弄虚作假、优亲厚友。

3、积极监督慈善大病救助工作的开展，对出现的错误要及时纠正，切实做到应助尽助。

以上承诺，本人将严格遵守，请组织和群众监督。如有违反，愿接受组织处理。同时按照《荣成市人民政府关于印发〈荣成市社会信用管理办法〉〈荣成市个人诚信积分管理办法〉〈荣成市市场主体信用分级分类管理办法〉的通知》规定，以“虚假申报、虚假承诺的”给予信用扣减 30 分。

村（居）审核人：

村“两委”干部：

镇街民政办审核人：

镇街分管领导：

村（居）委会（盖章）

镇街政府（办事处）（盖章）

附件 4

2021 年慈善大病家庭贫困证明

兹有我村_____，家庭人口____人（含未婚子女），所有已婚子女（不含已婚子女配偶）共____人，因_____病住院，共花费（自负医疗费）_____元。家庭生活困难，申请慈善大病救助，特此证明。

家庭成员基本情况（已婚子女情况填附件 4 续）

姓名	性别	婚否	年龄	与患者关系	工作单位	年收入
				本人		

村（居）证明人：

村“两委”干部：

联系方式：

村（居）委会（盖章）

年 月 日

附件 4 续

2021 年慈善大病家庭贫困证明

已婚子女家庭基本情况

姓名	年龄	与患者 关系	家庭 人口	工作单位	户口 性质	年总 收入 (元)	应付赡 养费 (元)

村（居）证明人：

联系方式：

村“两委”干部：

村（居）委会（盖章）

年 月 日

附件 5

收入证明

单位：_____（公章）

姓 名	身份证号码	从事工种

2021 年收入情况 （单位：元）

职工全年工资合计		奖金收入		分红收入		其它收入	
职工全年收入总计：人民币大写：							
本单位（个人）承诺提供的证明属实，如提供虚假证明，将同意按照《荣成市人民政府关于印发<荣成市社会信用管理办法><荣成市个人诚信积分管理办法><荣成市市场主体信用分级分类管理办法>的通知》规定，以“提供虚假材料、隐瞒真实情况，损害社会管理秩序和公共利益的”给予单位（个人）、法人扣 30 分征信分的处理。							
单位负责人（法人）签字： 盖章：				单位出具证明人 签字：			
联系电话				联系电话			

附件 6

荣成市 2021 年慈善大病患者救助 公 示 证 明

_____镇(街)_____村_____,经确认家庭生活困难,
申请慈善大病救助,经过 3 天公示(月 日-- 月 日),无异议。

村(居)委会负责人签字:

村(居)委会(盖章)

年 月 日

附件 7

荣成市 镇(街) 2021 年度慈善大病救助汇总表

[illegible]

注：表格后四列如是请用√标示，不是则不填