

附件 1

全区“光明行”项目工作流程

方案：2月底前，各盟市红十字会制定年度方案，报送自治区红十字会审核确认。

宣传动员：各盟市、旗县（市、区）对“光明行”项目和救助政策进行多渠道、全覆盖宣传扩大项目知晓率，让基层工作人员、群众、患者和儿童青少年及其家属、社会各界了解党的惠民政策。让符合救助条件的患者和儿童青少年了解相关信息，及时联系当地红十字会申请救助。

申请：旗县（市、区）红十字会发布公告，符合救助条件的向户籍所在地红十字会申请救助。

初筛：盟市红十字会牵头，组织医疗机构赴旗县对白内障患者开展筛查，同时在学校学生中协助教育部门开展筛查和眼健康宣传教育，并对筛查人员建立档案。

审核：旗县（市、区）红十字会对拟受助者提交的申请和佐证材料进行初审后，报送盟市红十字会审核确认。

公示：由盟市或旗县（市、区）红十字会对拟受助对象进行公示，接受社会监督，5个工作日无异议后，由盟市红十字会最终确定受助对象。

实施救助：

（一）3~9月，旗县（市、区）组织经筛查初步确定符合条件的白内障患者入院，进行术前检查，对身体状况符合条件的实施手术治疗。针对偏远农村牧区、白内障患者出行困难等实际，医疗机构可利用眼科流动手术车实施手术。

（二）1~9月，旗县（市、区）安排斜视儿童青少年入院，进行术前检查，对身体状况符合条件的实施手术治疗。近视儿童青少年可就近在当地正规眼科医疗机构或眼镜店配戴近视镜。配镜一个月内，向户籍所在地红十字会提交申请表和配镜发票、佐证材料，旗县（市、区）红十字会初审后，报送盟市红十字会审核，救助款由盟市垫付拨付监护人，年度活动结束后自治区红十字会一次性将救助款拨付盟市红十字会。

数据上传、统计：项目实施期间，盟市红十字会每月底向自治区红十字会报送复明行动、护眼行动和宣传工作进度统计表，同步将上述信息录入自治区红十字会信息系统

回访：白内障患者和斜视儿童青少年完成手术1个月后，由医疗机构对受助对象进行100%电话回访。旗县（市、区）红十字会对医疗机构电话回访记录进行核查，选择30%以上受助对象开展入户回访。

平时考核、年度总结、抽查复核等情况将作为指标分配、公信力考核的重要参考因素。

附件 2

全区“光明行”项目 申请表

申请人近期照片贴此处

2寸照片

申请种类： 白内障 近视 斜视 （框内画√）

申请人姓名 _____ 性别 _____ 年龄（周岁） _____ 民族 _____

身份证号码 _____

户籍所在地： _____ 盟/市 _____ 旗县（市、区）

_____ 苏木、乡镇（街道） _____ 嘎查、村（社区）

申请日期： 年 月 日

申 请 须 知

一、全区“光明行”社会公益活动，为符合条件的困难家庭白内障患者和3~18岁近视、斜视儿童青少年资助手术和配镜费用。白内障患者医保报销后需自付部分，按项目医院机构约定费用据实救助。无医保的困难家庭白内障患者救助标准为2000元。近视儿童青少年配镜，每副救助标准为上限500元，不足500元的据实报销。斜视儿童青少年实施矫正手术每人救助标准为上限4000元，不足4000元的据实报销。配镜、斜视矫正每人各只享受一次救助。

二、需手术的白内障患者和斜视儿童青少年入院前，应检查当前身体健康状况。若出现影响实施手术的合并症（包括发烧、肺炎以及影响手术安全和愈后的其他疾病），应治愈并调养后再安排入院。若坚持入院需自行承担合并症的检查、治疗费用及往返路费。

三、手术后符合出院条件的白内障患者和斜视儿童青少年，须按时出院。逾期仍滞留医院的，按照医院标准收取费用，由患者和儿童青少年家庭自行承担。

四、“光明行”项目仅提供医疗资金资助。如果发生医疗纠纷或医疗事故，受助对象与医疗机构依照相关法律处理，“光明行”项目不承担医疗效果和责任。

五、受助对象及家属有责任和义务配合本项目的宣传和采访活动，并同意使用肖像、声音、动作、姓名、履历等资料及信息。

六、本申请表由白内障患者和近视、斜视儿童青少年本人或家属（监护人、配偶或子女等）如实填写，填写时请使用黑色墨水钢笔或签字笔。

填报申请表即代表已经阅读和知悉以上全部条款，并同意所有申报规定。

白内障患者 申请人 姓名				联系方式	
配偶/子女 姓名		与申请人 关系		联系方式	
近视、斜视 申请人 姓名	监护人 姓名			与申请人 关系	
				监护人 联系方式	
户籍性质	<input type="checkbox"/> 农牧区 <input type="checkbox"/> 城镇		家庭人口总数		
救助 对象	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/>低保 <input type="checkbox"/>特困 <input type="checkbox"/>监测对象 (对应框内画√) </p>				
申请人 提供 佐证 材料	<p>一、身份证明材料。</p> <p>1.白内障患者需提供户口簿和身份证复印件。</p> <p>2.近视、斜视儿童青少年需提供本人及其监护人户口簿和身份证复印件。户口簿无法证实监护关系的，需提供申请人出生证明复印件或派出所开具的监护关系证明原件。</p> <p>二.困难家庭证明材料。</p> <p>1.白内障患者和近视、斜视儿童青少年属低保、特困家庭的，需提供相关证明，由旗县（市、区）红十字会协调同级民政部门核查确认。</p> <p>2.白内障患者和近视、斜视儿童青少年属监测对象家庭的需提供相关证明，由旗县（市、区）红十字会协调同级乡村振兴部门核查确认。</p> <p>三、近视配镜儿童青少年需提供发票原件。</p>				

附件 3

全区“光明行”项目拟救助名单公示表

筛查时间： 年 月 日

序号	拟救助人 姓名	性别	出生年月	户籍地址		白内障手术 斜视矫正手术 配镜
				盟市	旗县	

附件 4

全区“光明行”项目复明行动进度统计表

填报单位 (盖章)	填报人:		负责人:		填报时间:			年 月 日						
	受益人群困难类别人数		人员分布人数 (户籍性质)		民族		回访情况		报销情况					
	低保	特困	监测对象	合计	农村牧区	城镇	汉族	蒙古族	其它民族	电话回访人数	入户回访人数	医保报销 (例)	无医保 (例)	合计 (例)
筛查点 (个)	完成手术例数	完成手术人数	筛查人数											

注：“光明行”活动期间每月月底上报此表。

附件 5

全区“光明行”项目护眼行动进度统计表

填报单位（盖章）：

填报人：

负责人：

填报时间：

年 月 日

佩戴 近视镜 人数	受益人群困难类别人数			斜视 矫正手术 人数	受益人群困难类别人数			民族			回访情况			
	低保	特困	监测 户		合计	低保	特困	监测 户	合计	汉族	蒙古族	其它 民族	电话 回访 人数	入户 回访 人数

注：“光明行”活动期间每月月底上报此表。

附件 6

全区“光明行”项目宣传统计表

填报单位(盖章): _____ 填报人: _____ 负责人: _____ 填报时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日

宣传方式	宣传次数	宣传效果
新闻媒体报道	(篇、次)	浏览量等情况
微信群推送	(篇、次)	浏览量等情况
学校宣讲活动(讲座)	(场)	参与人数等情况
社区宣传活动	(场)	参与人数等情况
张贴横幅、海报及 发放宣传单	(份)	覆盖区域等情况

注：“光明行”活动期间每月月底上报此表。

全区“光明行”项目受益人回访表

医院/红十字会:

部门负责人:

回访人:

序号	受益人姓名	户籍所在地	联系方式	白内障手术时间	矫正手术时间	配镜时间	回访时间	回访情况记录

注：包括白内障患者和斜视儿童青少年术后回访，近视儿童青少年配镜后救助收款情况回访。

全区“光明行”项目配镜救助申请汇总表

旗县(市、区)红十字会(盖章):

填报人:

负责人:

时间:

年 月 日

序号	申请人姓名	年龄	户籍地	监护人姓名	联系方式	监护人身份证号码	监护人开户名	开户银行	行号	银行账户	是否公示

注:需同时报送《全区“光明行”救助项目申请表》(附件1)

全区“光明行”项目定点医院筛查和手术资金申请表

定点医院（盖章）:

盟市红十字会（盖章）:

定点医院填报人:

盟市红十字会审核人:

负责人:

负责人:

填报时间: 年 月 日 审核时间: 年 月 日

白内障患者筛查 总人数	白内障患者筛查 (每例 100 元) 申请项目补助 总金额	白内障患者手术 总例数	白内障手术资金				斜视 矫正手术 总人数	斜视矫正手术资金		申请 项目补助 合计 总金额
			手术费用 总金额	医保报销 总金额	自费部分 申请 项目补助 总金额	无医保 申请 项目补助 总金额		手术费用 总金额	申请 项目补助 总金额	

备注: 本表人数、例数应与进度表数据一致, 需附受益人明细 (定点医院或自治区红十字会信息平台导出数据)。

全区“光明行”项目配镜救助资金申请表

盟市红十字会（盖章）：

填报人：

负责人：

填报时间：

年 月 日

配镜总人数	申请项目补助总金额（配镜每副标准上限 500 元）

备注：本表人数、配镜数应与进度表数据一致，需附受益人明细（定点医院或自治区红十字会信息平台导出数据