

## 附件 1

# 内蒙古人道“助立行”救助项目工作流程

**宣传动员：**各级红十字会对救助政策进行广泛宣传，扩大项目知晓率，让需要救治的患者都能够了解相关信息，及时向当地红十字会申请。



**患者筛查：**盟市红十字会指导旗县（市、区）红十字会，组织符合救助条件的患者申请救助，同时提供申请人相关材料。旗县（市、区）红十字会对申请人材料初审，盟市红十字会复审。盟市红十字会联合当地卫健委，组织项目定点医院组建医疗队，赴项目旗县（市、区）开展筛查，对符合救助条件的患者进行诊断。

**公示名单：**盟市红十字会确定患者名单后，在盟市或旗县（市、区）公示，接受社会监督，公示 5 天无异议后，通知患者安排手术。

**实施手术：**患者所在地旗县（市、区）红十字会通知患者相关手术事宜。患者按照规定的时间内自行前往定点医院办理入院手续。

**术后回访：**患者出院 1 个月后，实施手术医院进行 100% 电话回访，报送当地红十字会，并持续开展后续康复指导等工作。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% 受助对象开展入户回访。

**救助款拨付和统计：**本年度项目结束后，定点医院汇总手术数据，填报《内蒙古人道“助立行”救助项目定点医院资金申请表》（附件 6），报送患者户籍所在地盟市红十字会核实。

**存档资料：**受益患者的申请和入户回访等相关材料，由盟市红十字会存档。住院期间材料（患者住院结算票据原件、住院病案首页、手术记录）医院回访记录相关材料，由定点医院存档。

## 附件 2

# 内蒙古人道“助立行”救助项目

## 申 请 表

申请人近期照片贴此处

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、内蒙古人道“助立行”项目是对低收入困难家庭膝髌关节病患者置换手术救助项目，由自治区红十字会联合内蒙古光彩事业基金会开展，旨在帮助内蒙古低收入困难家庭膝髌关节病患者恢复健康，改善生活自理能力。

二、人道“助立行”项目，救助对象为本年度项目实施地区户籍的 55 周岁（含）以上，在民政部门低收入人口动态监测信息平台 and 乡村振兴部门返贫监测对象人员信息平台登记在册的低收入困难群众。包括：城乡居民低保对象、低保边缘家庭成员、特困人员、刚性支出困难家庭成员、其他困难人员和乡村振兴部门信息平台的返贫监测对象的困难家庭膝髌关节病患者。

三、该项目对每位受助患者只救助一次。患者选择膝关节、髌关节其中一个病种享受项目救助，即单侧膝关节手术、单侧全髌关节手术、一次性双侧膝关节手术（经医生评定，因患者病情原因无法一次性手术，在项目规定的时间内可二次入院实施另一侧膝关节手术，视为一次性双侧膝。），选择一项享受医疗救助，所用置换人工膝髌关节假体由患者自行选择。患者治疗费在基本医疗保险报销后，自付部分由自治区红十字会提供救助。单侧膝手术、单侧全髌手术（含康复）救助上限为 0.8 万元，双侧膝手术（含康复）手术救助上限为 1.2 万元。患者医保报销后自付部分在救助上限以内的费用据实救助，超出上限的，超出部分由患者自行承担。无医疗保险患者以上限为标准实施救助。

四、自治区红十字会只承担手术治疗费用的资助部分，不承担手术效果、手术风险等方面的责任，任何医患之间的法律纠纷将由定点医院和患者双方自行解决。

五、申请人申报资料须经户籍所在地旗县级红十字会审核后逐级申报，盟市及自治区红十字会不直接受理个人提交的救助申请。

六、对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，将不予救助；如已获救助，自治区红十字会保留依法追缴救助款的权利。

七、获得救助的申请人和家属有责任和义务为配合活动宣传提供必要的文字、照片、影像等资料，并同意使用申请人照片、影像等资料。

八、自治区红十字会享有本项目最终解释权。

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。

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            |  |      |  |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--|------|--|
| 患者姓名                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            |  | 联系方式 |  |
| 配偶/子女<br>姓名           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 与申请人<br>关系 |  | 联系方式 |  |
| 救助<br>对象              | <p>属于低保对象、低保边缘家庭成员、特困人员、刚性支出困难家庭成员、其他困难人员、返贫监测对象的困难家庭患者属哪类救助对象：</p> <p>低保 <input type="checkbox"/> 低保边缘家庭成员 <input type="checkbox"/> 特困 <input type="checkbox"/> 刚性支出困难家庭成员 <input type="checkbox"/></p> <p>其他困难人员 <input type="checkbox"/> 监测对象 <input type="checkbox"/> （护边户 <input type="checkbox"/> 堡垒户 <input type="checkbox"/>）</p> |            |  |      |  |
| 申请人<br>提供<br>相关<br>材料 | <p>一、申请人户口簿和身份证复印件。</p> <p>二、困难家庭相关材料：</p> <p>1.患者属城乡低保对象、低保边缘家庭成员、特困人员，刚性支出困难家庭成员、其他困难人员，由旗县（市、区）红十字会协调同级民政部门核查确认。</p> <p>2.患者属返贫监测对象家庭的，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>3.对符合上述条件的护边户、堡垒户，优先进行救助，请提供相关材料。</p>                                                                                                                        |            |  |      |  |

|                                         |                                                                                                                        |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>申请人<br/>声明</b></p>                | <p>本人声明，我已详细阅读内蒙古人道“助立行”困难家庭膝髋关节病患者置换手术救助项目相关内容，符合救助条件及要求，经慎重考虑决定接受救助，并保证以上所填写内容真实、完整。</p> <p>签名（手印）：</p> <p>年 月 日</p> |
| <p><b>旗县（市、区）<br/>红十字会<br/>初审意见</b></p> | <p>（单位公章）</p> <p>负责人签名：</p> <p>年 月 日</p>                                                                               |
| <p><b>盟市<br/>红十字会<br/>复审意见</b></p>      | <p>（单位公章）</p> <p>负责人签名：</p> <p>年 月 日</p>                                                                               |

### 附件 3

## 内蒙古人道“助立行”救助项目

# 诊断书

筛查地区:

|      |                                                                                                                         |    |  |    |  |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--|----|--|
| 患者姓名 |                                                                                                                         | 性别 |  | 年龄 |  |
| 病情诊断 |                                                                                                                         |    |  |    |  |
| 医生意见 | <div><input type="checkbox"/>单膝关节</div> <div><input type="checkbox"/>双膝关节</div> <div><input type="checkbox"/>全髋关节</div> |    |  |    |  |

筛查组医生（签字、签章）：

年 月 日

附件 4

## 内蒙古人道“助立行”救助项目拟救助名单公示表

筛查时间:            年    月    日

| 序号 | 姓名 | 性别 | 出生年月日 | 户籍所在地 |    | 备注 |
|----|----|----|-------|-------|----|----|
|    |    |    |       | 盟市    | 旗县 |    |
|    |    |    |       |       |    |    |
|    |    |    |       |       |    |    |
|    |    |    |       |       |    |    |
|    |    |    |       |       |    |    |
|    |    |    |       |       |    |    |
|    |    |    |       |       |    |    |
|    |    |    |       |       |    |    |

附件 5

## 内蒙古人道“助立行”救助项目患者手术后回访表

回访单位：

部门负责人：

回访人：

| 序号 | 患者姓名 | 户籍所在地 | 联系方式 | 手术时间 | 回访时间 | 回访情况 |
|----|------|-------|------|------|------|------|
|    |      |       |      |      |      |      |
|    |      |       |      |      |      |      |
|    |      |       |      |      |      |      |
|    |      |       |      |      |      |      |
|    |      |       |      |      |      |      |
|    |      |       |      |      |      |      |
|    |      |       |      |      |      |      |

## 附件 6

# 内蒙古人道“助立行”救助项目定点医院资金申请表

定点医院（盖章）：

盟市红十字会（盖章）：

[illegible]

定点医院填报人：

负责人:

填报时间:

年 月 日

盟市红十字会审核人：

负责人:

审核时间:

年 月 日

