

## 附件 1

# “健康心”救助项目工作流程

符合救助条件的先心病患儿家长可自行选择医院完成患儿的手术治疗，在出院后 2 个月内向当地旗县（市、区）红十字会申请同时附相关材料。



旗县（市、区）红十字会进行初审，同相关材料报送盟市红十字会。



盟市红十字会复审，无异议后，由盟市或旗县（市、区）红十字会对拟救助先心病患儿进行公示 5 个工作日。



公示期满无异议后，盟市红十字会汇总同相关材料报送自治区红十字会。



自治区红十字会审核后，向先心病患儿监护人拨付救助款，电话回访收款情况。



先心病患儿资料由自治区红十字会存档。

附件 2

# 内蒙古自治区红十字会 “健康心”救助项目

## 申请表

申请人近期照片贴此处

患儿姓名\_\_\_\_\_性别\_\_\_\_\_年龄（周岁）\_\_\_\_\_民族\_\_\_\_\_

身份证号码\_\_\_\_\_

监护人姓名\_\_\_\_\_与申请人关系\_\_\_\_\_监护人电话\_\_\_\_\_

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、内蒙古红十字会“健康心”低收入困难家庭先心病患儿救助项目由自治区红十字会开展，目的是为更好的帮助困难家庭先心病患儿摆脱疾病困扰、恢复健康。

二、该项目申请对象为内蒙古户籍的0~14周岁（含）先心病患儿，属于城乡特困人员、低保对象、低保边缘家庭成员、刚性支出困难家庭成员、其他困难人员、返贫监测对象困难家庭的先心病患儿。因重大疾病、因灾或重大突发事件导致家庭基本生活出现严重困难的家庭患儿。

三、困难家庭先心病患儿术后由监护人申请，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资助，符合低收入六类困难家庭的患儿标准为上限2万元，低于上限据实救助，无医疗保险以上限为标准救助。属患儿家庭因重大疾病、因灾或重大突发事件导致家庭基本生活出现严重困难的，患儿治疗费在基本医疗保险报销后，自付部分2-3万元（含）的患儿救助标准为0.5万元，自付部分3-4万元（含）的患儿救助标准为1万元，自付部分4-5万元（含）的患儿救助标准为1.5万元，自付部分5万元以上的患儿救助标准为2万元。该项目救助每人只享受一次。

四、困难家庭先心病患儿救助项目为自治区红十字会一次性救助，申请人申报材料须经户籍所在地旗县级及以上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。

五、对申报材料中出现的虚假、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。

六、获得救助的申请人监护人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。

七、本申请表由申请人法定监护人负责填报（用黑色钢笔或签字笔书写），并保证所有资料的真实性和完整性。

八、自治区红十字会享有本活动最终解释权。

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。

<p><b>救助对象</b></p>	<p>具有内蒙古户籍的 0~14 周岁（含），属于城乡特困人员、低保对象、低保边缘家庭成员、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先心病患儿，因重大疾病、因灾或重大突发事件导致家庭基本生活出现严重困难的家庭患儿。</p> <p>属哪类：特困 <input type="checkbox"/> 低保 <input type="checkbox"/> 低保边缘家庭成员 <input type="checkbox"/> 刚性支出困难家庭成员 <input type="checkbox"/> 其他困难人员 <input type="checkbox"/> 监测对象 <input type="checkbox"/> 困重大疾病 <input type="checkbox"/> 因灾或重大突发事件 <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>病情状况</b></p>	<p><b>是否已进行手术治疗</b></p>	<p><input type="checkbox"/>是      <input type="checkbox"/>否</p>
<p><b>申请人提供相关材料</b></p>	<p>申请人需提供下列相关材料：</p> <p>（一）申请人及其监护人户口簿和身份证复印件。如户口簿无法证实监护关系的，可提供其它有效监护关系材料。</p> <p>（二）困难家庭相关材料：</p> <p>1.患儿监护人或患儿本人属于城乡特困人员、低保对象、低保边缘家庭成员、刚性支出困难家庭成员、其他困难人员家庭的患儿相关困难材料，由旗县（市、区）红十字会协调同级民政部门核查确认。</p> <p>2.患儿监护人或患儿本人属于返贫监测对象家庭的，其监护人需提供相关证明，由旗县（市、区）红十字会协调同级农牧部门核查确认。</p> <p>（三）手术相关材料：住院收费票据原件（如出院后回当地医保机构报销，提供住院收费票据复印件和医保机构报销单并盖章）、住院病案首页、手术记录原件。</p> <p>（四）患儿家庭因重大疾病、因灾或重大突发事件导致家庭基本生活出现严重困难的，提供诊断书，嘎查村（社区）困难情况说明并盖章。</p>	

<p style="text-align: center;"><b>申请人/监护人 声明</b></p>	<p>本人声明，我已仔细阅读并知悉内蒙古自治区红十字会“健康心”先天性心脏病患儿救助项目相关内容，符合救助条件及要求接受救助，并保证以上所填写内容真实、完整。</p> <p style="text-align: center;">签名（手印）：</p>
<p style="text-align: center;"><b>旗县红十字会 初审意见</b></p>	<p style="text-align: center;">（单位公章）</p> <p>负责人签名：</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>
<p style="text-align: center;"><b>盟市红十字会 复审意见</b></p>	<p style="text-align: center;">（单位公章）</p> <p>负责人签名：</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>
<p style="text-align: center;"><b>自治区红十字会 审批意见</b></p>	<p style="text-align: center;">（单位公章）</p> <p>负责人签名：</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>

附件 3

## 内蒙古自治区红十字会“健康心”救助项目拟救助名单公示表

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	

注：根据相关规定，对未成年人救助公示，姓名不能全称的要求，例：李\*霞、李\*。

附件 4

## 内蒙古自治区红十字会“健康心”救助项目申请汇总表

填报单位(盖章):

填报人:

负责人:

填报时间:

年

月

日

序号	患儿姓名	年龄	民族	患儿病型	所在旗县	手术医院	手术时间	手术总费用(元)	医保报销金额(元)	个人负担金额(元)	监护人姓名	联系方式	家长身份证号码	监护人开户名	开户银行	行号	银行帐户	是否公示	

附件 5

## 内蒙古自治区红十字会“健康心”救助项目回访表

回访单位：自治区红十字会

回访人：

填报时间：

序号	患儿姓名	户籍地	监护人姓名	联系方式	救助款 (金额)	回访时间	回访收款情况

