

## 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。



**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、患者及其家属、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眼健康宣传教育。



**审核：**旗县（市、区）红十字会对拟受助者提交的申请相关材料进行初审后，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。

（三）患者手术应在活动结束前完成办理出院结算，超期手术患者不纳入项目补贴范围内。



**数据上传、统计：**各盟市红十字会每年 9 月底活动结束后向自治区红十字会报送复明行动、护眼行动资金申请。



**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。

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  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岁斜视儿童青少年资助手术。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。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。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、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	
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"/>低保边缘家庭成员 <input type="checkbox"/>特困 <input type="checkbox"/>  <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"/>                      (对应框内画√)                 </p>				
申请人 提供 佐证 材料	<p>申请人需提供相关材料:</p> <p>(一) 白内障患者: 申请人需提供户口簿和身份证复印件, 申请人属于民政部门低收入人口动态监测信息平台登记在册的城乡低保对象、低保边缘家庭成员、特困家庭人员的、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。属于返贫监测对象的, 由旗县(市、区)红十字会协调同级农牧部门核查确认。</p> <p>(二) 斜视儿童青少年: 需提供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。患儿本人或监护人属于民政部门低收入人口动态监测信息平台登记在册的低保对象、低保边缘家庭成员、特困家庭人员、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。属于返贫监测对象的, 由旗县(市、区)红十字会协调同级农牧部门核查确认。</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 姓名	性别	出生年月	户籍地址		白内障手术 斜视矫正手术
				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

## 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/矫正手术时间	回访时间	回访情况记录

注：白内障患者和斜视儿童青少年术后回访。

附件 5

## 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）：

定点医院填报人：

负责人：

填报时间：        年    月    日

盟市红十字会（盖章）：

盟市红十字会审核人：

负责人：

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
			实际 手术费 总金额	协议 手术费 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）。

