成都市城乡居民大病慈善医疗救助实施方案

为帮助因病致贫、因病返贫的成都市城乡居民减轻医疗负担，发挥慈善事业在社会保障体系中的补充作用。成都市慈善总会于2016年设立成都市城乡居民大病慈善医疗救助基金（以下简称“基金”）。结合《成都市人民政府办公厅 关于建立城乡一体社会关爱援助体系提升精准扶贫实施的指导意见》（成办发【2016】16号）精神，现就开展我市城乡居民大病慈善医疗救助制定实施方案如下。

一、救助原则

1．大病慈善医疗救助是指因患有重大疾病造成医疗和家庭困难的，通过各种医疗报销及社会类救助、冠名基金救助后，本着公开、公正、公平、救急、救难的原则，成都市慈善总会对患者自付医疗费用后的补充救助。

2．申请人所属社区在我会建有冠名基金的，可由社区冠名基金先行救助后，我会城乡居民大病慈善救助专项基金再进行救助。

二、救助对象及救助标准

（一）救助对象

1．合作单位申报的成都籍大病患者，含：机构、企业的员工以及街道、社区的居民；

2．从成都市社会关爱援助中心转介的成都籍重大疾病社区居民；

3. 经调研后，确实贫困，而不能提供医疗票据的，一次性给予5000元的救助。

以上对象之一，经住院治疗或特殊门诊治疗，在各类医疗保险报销及社会救助、冠名基金救助后，一年内个人承担医疗费用超过1万元的。

（二）救助标准

1．按个人承担费用超过10000元部分的50%给予救助，最高救助金额为3万元。

2．每个自然年度内可申请一次救助。

3．对于不完全符合申请条件，患重大疾病产生的其他费用，经总会秘书长办公会研究同意后，可按照相应标准予以救助。

三、资金来源

1. 成都市城乡居民大病慈善医疗救助基金；

2．机构、企业、社区的冠名基金；

3．企业及个人的定向捐赠；

4．对典型案例进行包装，通过线上、线下募捐平台，筹募资金。

四、救助流程

（一）申报资料

项目申请表及申请人户口簿或身份证、本人银行卡、病情诊断书、出院证明、成都市城乡困难群众补充医疗救助申请审核表、医疗费用发票的复印件,结算单复印件，已救助项目核定及付款凭证，未购买社保的，由所在地街道（社区）出具证明。

（二）申报救助程序

1.基金合作单位申报对象：将申报资料提交到所在单位（含社区、街道、区县慈善机构）审核后，确定冠名基金救助金额，报成都市慈善总会，由市慈善总会将总救助金额直接拨至患者银行卡。

2.关爱援助中心转介的对象：由关爱中心直接转介至成都市慈善总会，将救助金额拨至患者银行卡。

五、监督措施

1. 救助公开

所有救助对象的信息均须在成都市慈善总会网站上公示。

1. 执行监督

成都市慈善总会项目执行官员将进行10%的随机抽样调查。

成都市城乡居民大病慈善医疗救助申请表

区（市）县： 申请时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | | | 性别 |  | 年龄 | |  | 照 片 |
| 身份证号码 |  | | | 户籍类型 | □城镇 □农村 | | | |
| 户籍所在地 |  | | | | | | | |
| 现住址 |  | | | | | | | |
| 联系电话 |  | | | | 主要疾病 | |  | | |
| 住院总费用 | 元 | | 已报销医疗费用 | | 元 | | 个人负担  费用 | | 元 |
| 受助人  银行信息 | 户名 |  | 开户行 | | 银行　　　　 支行 | | | | |
| 账　号 | |  | | | | |
| 以上内容经救助对象本人确认真实无误，本人或合法代理人签名： | | | | | | | | | |
| 审 核 情 况 | | | | | | | | | |
| 合作单位  资助意见 | □本单位资助　　 元。（大写 ）  □本单位在慈善总会设立的冠名基金资助　　 元。（大写 ）  负责人：  （公章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 市慈善总会审核意见 | 注：住院总费用-各类医疗报销-社会各类救助-社区基金救助=（自付费用-10000元）X50%。（上限为3万元）  经审核，同意救助　　　　 元。（大写 ）  审核：  （公章）  年 月 日 | | | | | | | | |

附件：户口簿或身份证、申请人银行卡、病情诊断书、出院证明、成都市城乡困难群众补充医疗救助申请审核表、医疗费用发票的复印件。