

威海市慈善总会 威海市民政局 文件

威慈发〔2016〕5号

威海市慈善总会 威海市民政局 关于印发威海市 2016 年度慈善大病救助 工作方案的通知

各区市慈善总会、民政局，国家级开发区慈善总会、社会事务管理局：

现将《威海市 2016 年度慈善大病救助工作方案》印发给你们，望认真贯彻落实。



威海市 2016 年度慈善大病救助工作方案

为做好 2016 年度慈善大病救助工作，切实减轻大病患者和低保家庭、农村五保对象、城市“三无”对象、重度残疾人、建档立卡贫困家庭的医疗负担，现制定如下工作方案：

一、救助对象及标准

(一)对低保家庭、农村五保对象、城市“三无”对象、一级残疾人(不含听力、言语残疾)、建档立卡贫困家庭病患者，原则上按当年住院产生的医疗费，经医疗保险和居民大病保险报销后实际自负部分的 20%进行救助，最高救助 2 万元。

(二)其他因患病造成实际用于日常基本生活消费支出低于当地低保标准 120%的因病致贫家庭，原则上对当年住院产生的医疗费，经医疗保险和居民大病保险报销后实际自负超过 2 万元的，按自负部分的 20%进行救助，最高救助 2 万元。对一级和二级残疾人、建档立卡贫困家庭病患者，在同等条件下实行优先救助。

救助的具体标准，由各区市(含环翠区、文登区、荣成市、乳山市、高区、经区、临港区，下同)结合实际自行确定。

二、资金来源

慈善大病救助资金从市和各区市慈善总会的善款中列支。市级安排 200 万元，重点救助全市心脏病、脑血管疾病、肿瘤疾病、

白血病、器官移植五类大病患者。

三、救助原则

(一)集中救助与属地救助相结合。五类大病患者由市和区市两级共同救助，其余患者由各区市实行属地救助。

(二)应助全助。要及时、足额发放救助资金，确保符合救助条件的患者全部得到救助。

(三)公平公开。要严格按照公平公开的原则确定救助对象、核定救助金额。救助对象名单和救助金额要列入村(居)务公开和镇政府(街道办事处)政务公开范围，村(居)委会、镇政府(街道办事处)应设立举报箱和举报电话，接受群众监督。各区市要通过新闻媒体公布慈善大病救助情况，接受社会监督。

四、实施程序

(一)申请者填写《威海市 2016 年度慈善救助大病患者申请表》(由市民政局网站 <http://www.whsmz.gov.cn>、市慈善总会网站 <http://www.whcf.org.cn> 下载)，一式 2 份，并提供身份证复印件(第二代身份证需复印正反两面)、住院医疗费单据或居民大病保险单据，低保家庭、农村五保对象、城市“三无”对象、一级和二级残疾人病患者，须提供有效的资格证明复印件，一并报户口所在地村(居)委会。

(二)村(居)委会对申请人家庭情况进行调查核实，确定拟救助大病患者名单并进行公示；镇政府(街道办事处)进行审

查并二次公示；所在区（市）残联对一、二级残疾人进行审核；报所在区（市）民政部门审批。

（三）各区市民政部门审核，确定救助对象，核定和发放救助金。其中，各区市五类大病患者的申请表和汇总表，务于2017年1月5日前报送市慈善总会。

五、工作要求

实施慈善大病救助关系人民群众的切身利益，是改善民生、构建社会主义和谐社会的重要举措。各级各有关部门要高度重视，加强领导，精心组织，密切配合，摸清底数，规范操作。各区市要加大工作力度，确保于2017年1月20日前将救助资金全部发放到位。各区市民政部门要于2017年1月12日前将实施救助相关情况书面报市民政局和市慈善总会；2017年3月10日前将《威海市2016年度慈善救助大病患者汇总表》及在媒体公布的相关证明材料报市民政局和市慈善总会。

- 附件：1.威海市2016年度慈善救助大病患者申请表
2.威海市2016年度慈善救助大病患者汇总表

附件 1

威海市 2016 年度慈善救助大病患者申请表

姓 名		性 别		照片
身份证号码		联系电话		
家庭住址				
所患疾病			支付医疗费 (元)	
			报销医疗费 (元)	
			自负医疗费 (元)	
家庭主要成员情况	姓名	与本人关系	单位/住址	
家庭经济状况及病情 〔是否低保家庭、农村五保对象、城市“三无”对象、一级残疾人(不含听力、言语残疾)、建档立卡贫困家庭〕				
村(居)委会意见	镇(办事处)意见	区(市)残联意见		区市民政部门 (慈善总会)意见
年 月 日 (盖章)	年 月 日 (盖章)	仅一级、二级残疾人在此栏盖章。 年 月 日 (盖章)		年 月 日 (盖章)

附件 2

威海市 2016 年度慈善救助大病患者汇总表

填报单位（盖章）：

填报时间： 年 月 日

序号	姓名	身份证号码	家庭住址	家庭电话	家庭经济状况〔是否低保家庭、农村五保对象、城市“三无”对象、一级残疾人（不含听力、言语残疾）、建档立卡贫困家庭〕	所患疾病	个人自费医疗费（元）	慈善大病救助额（元）

填报人：

审核人：

负责人：

注：此表中序号与申请表排序对应并装订成册。

