

# 常州市金坛区民政局

# 常州市金坛区慈善总会

坛民字〔2018〕73号

---

## 关于印发《金坛区贫困家庭儿童重大疾病 慈善救助实施方案》的通知

各镇、街道民政办、慈善分会：

根据省民政厅、省慈善总会《关于印发江苏省贫困家庭儿童重大疾病慈善救助实施细则（修订）的通知》（苏民福〔2018〕10号）文件精神，制定《金坛区贫困家庭儿童重大疾病慈善救助实施方案（试行）》，现印发给你们，请认真贯彻执行，并积极做好宣传工作。

常州市金坛区民政局

常州市金坛区慈善总会

2018年7月19日

# 金坛区贫困家庭儿童重大疾病 慈善救助实施方案（试行）

为更好地发挥慈善救助在社会保障体系中的重要作用，将贫困家庭儿童重大疾病慈善救助与医保、大病保险政策有效衔接，根据《江苏省贫困家庭儿童重大疾病慈善救助实施细则（修订）》要求，结合我区实际，制定实施方案如下：

## 一、救助对象、条件

救助对象须满足以下条件：

- （一）本区户籍、患重大疾病、18 周岁以下；
- （二）参加城乡居民医疗保险；
- （三）孤儿、父母监护缺失的儿童、父母无力履行监护职责的儿童、低保家庭和低保边缘家庭中的儿童；
- （四）个人年度医疗费用自负金额超过 2 万元（含 2 万元）以上。个人年度医疗费用自负金额是指，个人年度住院和门诊总费用扣除医保报销、医疗救助、大病保险及其他社会救助等余下部分。住院费用及单张 200 元以上的门诊费用超过医保报销封顶线不予报销的部分纳入救助范围，因未参加城乡居民医疗保险或未办理转诊手续等原因导致医保不予报销的费用不纳入救助范围。

孤儿，是指失去父母或查找不到生父母且未被依法收养的未

成年人。

父母监护缺失的儿童，是指经民政部门认定的困境儿童，主要包括：父母双方服刑在押或强制隔离戒毒（刑期、戒毒期在6个月以上，下同）的儿童；父母一方死亡或失踪，另一方服刑在押或强制戒毒的儿童；父母一方死亡或失踪，服刑在押或强制隔离戒毒，另一方弃养（不履行监护抚养责任，失去联系在6个月以上，下同）的儿童；父母双方弃养的儿童；其他事实无人抚养儿童。

父母无力履行监护职责的儿童，是指经民政部门认定的困境儿童，主要包括：父母双方重残（二级以上残疾，或三级四级精神、智力残疾，下同）、重病（参照各地重特大疾病救助办法规定且需要长期治疗，下同）的儿童；父母一方重残、重病，另一方死亡、失踪、服刑在押、强制戒毒、弃养的儿童；非婚生育，父母无监护抚养能力的儿童。

低保边缘家庭，是指月收入在当地低保标准两倍以内且家庭成员患有重大疾病的家庭。

## **二、资金来源**

- （一）区慈善总会募集的善款；
- （二）其他合法来源的资金。

## **三、救助标准**

根据申请救助患儿家庭经济状况对个人医疗费用自负金额，即个人住院和门诊总费用扣除医保报销、医疗救助、大病保险及

其他社会救助等余下部分，按以下标准给予资助：

（一）孤儿和父母监护缺失患儿医疗费用自负部分由省、区慈善救助资金资助 60%，但不超过设定的救助上限。其中，省级慈善救助资金救助自负部分的 42%，救助上限为 10 万元，进行骨髓移植、器官移植等重大手术的患儿，经申请报批后当年度救助上限为 20 万元；区慈善救助资金救助自负部分的 18%，救助上限为 5 万元，进行骨髓移植、器官移植等重大手术的患儿，经省批准后区慈善当年度救助上限为 10 万元。

（二）父母无力履行监护职责的患儿和低保家庭患儿医疗费用自负部分由省、区慈善救助资金资助 50%，但不超过设定的救助上限。其中，省级慈善救助资金救助自负部分的 35%，救助上限为 8 万元，进行骨髓移植、器官移植等重大手术的患儿，经申请报批后当年度救助上限为 15 万元；区慈善救助资金救助自负部分的 15%，救助上限为 4 万元，进行骨髓移植、器官移植等重大手术的患儿，经省批准后区慈善当年度救助上限为 7.5 万元。

（三）低保边缘家庭患儿医疗费用自负部分由省、区慈善救助资金资助 40%。其中，省级慈善救助资金救助自负部分的 28%，救助上限为 6 万元，进行骨髓移植、器官移植等重大手术的患儿，经申请报批后当年度救助上限为 12 万元；区慈善救助资金救助自负部分的 12%，救助上限为 3 万元，进行骨髓移植、器官移植等重大手术的患儿，经省批准后区慈善当年度救助上限为 6 万元。

#### 四、申请程序

(一) 患儿监护人填写《江苏省贫困家庭儿童重大疾病慈善救助申请表》(见附件 1, 以下简称《申请表》), 经户籍所在镇、街道民政办调查核实、签署意见后, 向区慈善总会提出申请, 并提供如下材料, 一式两份(报省总会一份, 区总会留存一份):

##### 1. 个人信息及经济状况材料:

(1) 《申请表》。

(2) 家庭户口本和监护人身份证复印件。

(3) 经济状况证明, 即孤儿提供社会福利证复印件(加盖区民政局公章或孤儿证明原件); 父母监护缺失的儿童、父母无力履行监护职责的儿童提供困境儿童证明原件(见附件 2-1); 低保户儿童提供低保证复印件(加盖区民政局公章); 低保边缘户儿童提供低保边缘户证明原件(见附件 2-2)。

(4) 患儿一寸照片 2 张。

##### 2. 救助资金申请材料:

(1) 疾病诊断书(或能显示病情的诊断报告或出院小结)。

(2) 加盖医保中心或医院公章的费用发票复印件(费用发票遗失的可由加盖医院公章的费用明细代替)。医保、大病保险未予报销的票据须提供发票原件、费用明细(须有医院公章), 并提供医保、大病保险到达封顶线证明。

(3) 加盖医保中心或医院公章的医保、大病保险、医疗救助报销单复印件。

(4) 出院小结。

(二) 项目将按年度复核受助患儿情况。跨年度首次申请除提供“救助资金申请材料”外，另须提供“经济状况证明”。年度内再次申请仅需提供“救助资金申请材料”。

(三) 镇、街道民政办审查核实申请人情况，并在《申请表》上签署意见加盖公章。

(四) 区慈善总会于每月底前将患儿申请材料纸质件及申请、资金结算汇总表电子档报省慈善总会。

## **五、有关要求**

(一) 各镇、街道民政部门要加大宣传力度，提高儿童大病慈善救助政策的社会知晓和影响面。要围绕儿童大病慈善救助工作的意义、政策规定、申请审批程序等，深入持久地开展宣传工作，扩大宣传面，增强覆盖面。

(二) 本方案自 2018 年 7 月 1 日起实施，患儿 2017 年 12 月 31 日前费用按照原细则（苏民福〔2010〕19 号）文件实施救助，2018 年 9 月 30 日止将不再接受 2017 年 12 月 31 日前费用救助申请。患儿 2018 年 1 月 1 日至 6 月 30 日前未提出申请救助的费用按本方案实施。

附件：1.江苏省贫困家庭儿童重大疾病慈善救助申请表  
2. 困境儿童证明、低保边缘户证明

## 附件 1:

## 江苏省贫困家庭儿童重大疾病慈善救助申请表

编号: 常金坛

申请日期: 年 月 日

|                         |                                                                                                                                                         |      |  |              |                         |      |      |    |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--|--------------|-------------------------|------|------|----|
| 姓 名                     |                                                                                                                                                         | 性 别  |  | 出生年月         |                         | 民 族  |      | 照片 |
| 身份证号                    |                                                                                                                                                         |      |  |              |                         |      |      |    |
| 经济情况                    | <input type="checkbox"/> 孤儿 <input type="checkbox"/> 监护人缺失 <input type="checkbox"/> 低保户 <input type="checkbox"/> 监护人无力抚养 <input type="checkbox"/> 低保边缘户 |      |  |              |                         |      |      |    |
| 学 校                     |                                                                                                                                                         |      |  |              | 班 级                     |      |      |    |
| 家庭住址                    |                                                                                                                                                         |      |  |              |                         |      |      |    |
| 联系电话                    |                                                                                                                                                         |      |  | 家庭年收入        |                         | 家庭人口 |      |    |
| 家庭成员信息                  |                                                                                                                                                         |      |  |              |                         |      |      |    |
| 姓名                      | 与患儿关系                                                                                                                                                   | 身份证号 |  | 工作单位         |                         | 月收入  | 联系电话 |    |
|                         |                                                                                                                                                         |      |  |              |                         |      |      |    |
|                         |                                                                                                                                                         |      |  |              |                         |      |      |    |
|                         |                                                                                                                                                         |      |  |              |                         |      |      |    |
| 疾病诊断                    |                                                                                                                                                         |      |  |              |                         |      |      |    |
| 治疗医院                    |                                                                                                                                                         |      |  |              |                         |      |      |    |
| 接受过何种救助及救助金额            |                                                                                                                                                         |      |  |              |                         |      |      |    |
| 申请资助理由(家庭情况及患儿治疗花费情况简述) | 监护人签字: _____ 年 月 日                                                                                                                                      |      |  |              |                         |      |      |    |
| 镇(街道)民政办意见              | 签字: _____ (盖章)<br>年 月 日                                                                                                                                 |      |  | 县(市、区)慈善总会意见 | 签字: _____ (盖章)<br>年 月 日 |      |      |    |
| 市慈善总会意见                 | 签字: _____ (盖章)<br>年 月 日                                                                                                                                 |      |  | 省慈善总会意见      | 签字: _____ (盖章)<br>年 月 日 |      |      |    |

- 1、附件: ①户口本或身份证复印件; ②疾病诊断证明; ③困境儿童证明, 低保证复印件或低保边缘户证明原件或《儿童福利证》复印件;
- 2、编号说明: 县(市、区)慈善总会编排, 编号由设区市简称+县(市、区)简称+年份后两位+月份(2位数)+申请患儿序号(3位数)组成, 三位数序号全年顺延排序, 隔年重新排序。

附件 2-1:

## 困境儿童证明

江苏省慈善总会、金坛区慈善总会:

现有我区\_\_\_\_\_（儿童姓名），身份证号：

\_\_\_\_\_，家庭住址：\_\_\_\_\_，

因该名儿童\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_（监护人缺失或监护人无力履行监护责任等情况简述）被认定为困境儿童。

特此证明。

常州市金坛区民政局

（科室公章）

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

附件 2-2:

## 低保边缘户证明

江苏省慈善总会、金坛区慈善总会:

现有我镇（街道）\_\_\_\_\_（儿童姓名），身份证号：\_\_\_\_\_, 家庭住址：\_\_\_\_\_, 家庭户籍号：\_\_\_\_\_, 共有\_\_\_\_\_口人，家庭年收入\_\_\_\_\_元。经核查，该户为低保边缘户（当地城镇居民低保标准：\_\_\_\_\_元/月，农村居民低保标准：\_\_\_\_\_元/月）。

\_\_\_\_\_镇（街道）民政办  
（公章）  
\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

常州市金坛区民政局  
（科室公章）  
\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日