

淄博市慈善总会 文件

淄博市中西医结合医院

淄慈发〔2022〕6号

2022年“淄助你·血透100”项目实施方案

为减轻贫困尿毒症患者家庭经济负担，淄博市慈善总会与淄博市中西医结合医院（以下简称院方）联合开展2022年“淄助你·血透100”项目，制定实施方案如下。

一、实施时间

2022年1月1日-12月31日。

二、资金来源

项目资金从“血透100”救助基金和“淄助你”特殊困难家庭救助基金中列支，用于开展2022年“淄助你·血透100”项目。

三、救助对象

淄博市行政区域内常住人口中，在院方接受门诊血液透析治疗的城乡低保，建档立卡贫困家庭，因伤因病造成持续支出型困难家庭，特困供养人员，低保边缘家庭，市属及以上单位困难职工家庭和其他情况困难家庭中的尿毒症患者，

均可申请救助。

四、救助办法及标准

利用院方的医疗平台，以城乡医疗保险报销、慈善专项基金救助、患者承担余额相结合的办法，对自愿申请且符合救助条件的尿毒症患者实施救助帮扶。

项目受助患者在院方的血液净化科进行血液透析、滤过和灌流治疗，结算后经医疗保险报销后，单次个人自负部分最高救助 180 元，不足 180 元的据实救助，自然年度内每人最多可享受救助 100 次。未参加城镇职工基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险的患者享受同等救助政策。

五、救助申请、审批程序

（一）个人申请

申请人通过院方的血液净化科领取并填写《淄博市慈善总会“淄助你·血透 100”项目救助审批表》（一式两份，以下简称《审批表》），到户籍所在地镇（街道）或所属市级以上单位开具相关贫困证明材料。

（二）审核认定

户籍所在地镇（街道）对申请人贫困类型进行审核认定，提供相关认定材料复印件（市属及以上单位对困难职工家庭尿毒症患者情况进行审核，出具贫困证明材料），完善《审批表》并盖章。申请人持《审批表》、身份证复印件及相关贫困证明材料到市慈善总会进行审核。

（三）慈善审批

市慈善总会对所报材料进行审核，对于符合条件的进行

审批；对于不符合条件的，做出解释后，材料退还申请人。

（四）项目治疗

申请人持经市慈善总会审批的《审批表》到院方，按照国家医疗规范程序进行治疗，享受项目救助政策。

（五）救助结算

1. 院方于每季度首月 15 日前对上季度患者透析结算单据等资料进行核算汇总，报市慈善总会；

2. 市慈善总会完成审批程序后，将救助金拨付到受助患者银行账号。每位患者的救助金按照“血透 100”救助基金承担 80%、“溜助你”特殊困难家庭救助基金承担 20%的救助比例进行结算。结算方式如另有约定的，依其约定执行。

（六）材料存档

申请人提供的申请材料（含附件）由市慈善总会存档；《审批表》分别由市慈善总会和院方存档。

（七）救助公示

项目救助对象信息，由市慈善总会按季度通过市民政局网站、市慈善总会网站和微信平台进行公示。

六、项目要求

（一）项目按年度实施，患者因自身原因超出自然年度或自审批之日起六个月内未接受项目救助，受助资格作废；

（二）院方应严格按照项目救助标准对受助患者进行医疗救助，对医疗救助过程和救助质量负完全责任，如发生医疗事故或纠纷，由院方承担完全法律责任；

（三）项目的开展和基金使用情况，接受审计和监管审

查；

(四) 接受上级慈善机构工作指导和医疗资源、慈善项目援助。

附件：淄博市慈善总会“淄助你·血透100”项目救助审批表



2022年3月2日

附件:

淄博市慈善总会“溜助你·血透100”项目 救助审批表

编号: 20__年(血透第__号)

以下信息由患者填写				
姓名		性别		联系电话
户籍所在地	区(县) 乡镇(街道) 村(社区) 或所在单位名称:			
身份证号码			家庭人口数量	
本人自愿申请参加“溜助你·血透100”项目。 申请人(手印):				
以下信息由镇(街道)或市属及以上单位核查后填写				
贫困类型	<input type="checkbox"/> 城乡低保 <input type="checkbox"/> 低保边缘家庭 <input type="checkbox"/> 农村建档立卡贫困家庭 <input type="checkbox"/> 特困供养		相关证件名称	
	<input type="checkbox"/> 因伤因病造成持续支出型困难家庭 <input type="checkbox"/> 市属及以上单位困难职工家庭 <input type="checkbox"/> 其他情况困难家庭		相关证件编号	
经核实, 申请人符合救助条件, 推荐其申请该救助项目。 经办人签字(公章): 年 月 日				
以下信息由淄博市慈善总会填写				
经审核, 申请人符合救助条件, 批准按照项目规定流程实施救助。 经办人签字(公章): 年 月 日				

附: 1、相关贫困证明材料; 2、身份证复印件; 3、医院诊断证明; 4、此表一式二份, 一份由市慈善总会存档、一份由市中西医结合医院留存。