先心病救助政策

对本市范围内先天性心脏病患者（救助重点为18周岁以下患儿）开展慈善救助。

**（一） 服务对象**

 1、本市户籍、在我院开展先天性心脏病手术的患者；

 2、低保家庭、烈士遗属、老年人（65周岁及以上）和其他困难心脏病患者（建档立卡的中低收入农户、单亲家庭、残疾且无劳动能力、患有其他严重疾病且医疗费用支出较大及作为家庭支柱的青壮年劳动力等心脏病患者）。

**（二）救助标准**

患者手术总费用在扣除医保支付、城乡困难群众医疗救助补助、慈善救助（儿童大病慈善救助）及其他所有资助后仍然结余的部分，由项目资金补齐，封顶线为1万元。

**（三）申请程序**

1、患者住院后领取并填写《宿迁市慈善先心项目救助申请表》（见附件1，以下简称《申请表》），经乡镇（街道）民政办调查核实、区慈善总会审核后，经我院汇总向市慈善总会提出申请，申请时须提供如下材料（所有材料一式两份）：

（1）《申请表》；

（2）户口本；

（3）疾病诊断证明或近期的病历资料；

（4）其他证明材料（烈士证、残疾证等）；

（5）如救助对象为18周岁以下患儿，则需一并提交儿童大病慈善救助申请材料。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **宿迁市慈善先心项目救助申请表** |
| 编号： |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 民族 |  | 照片 |
| 家 庭 住 址 |  | 联 系 电 话 |  |
| 家 庭 人 口 |  | 家庭总收入 |  | 是 否 低保户 | □是 □否 |
| 家庭成员信息 |
| 姓 名 | 年 龄 | 与申请人关系 | 工作单位 | 联系电话 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 申请人病情诊断及治疗医院 | 　 |
| 接受过何种救助及救助金额 | 　 |
| 申请资助理由 |  本人（代理人）签字： 年 月 日 |
| 乡、镇（街道）民政办意见 | （请准确核实申请人是否为低保对象）经办人签字： （盖章） 年 月 日 | 县（市、区）慈善总会意见 | 经办人签字： （盖章） 年 月 日 |
| 院方意见 | 经办人签字： （盖章） 年 月 日 | 市慈善总会意见 | 经办人签字： （盖章） 年 月 日 |
| 编号说明：编号由资助方代码（1为第一人民医院，2为宿迁市东方医院）+申请人经济情况（A为低保，B为非低保）+年份后两位+月份（2位数）+申请序号（3位数）组成。三位数序号全年顺延排序，隔年重新排序。如第一人民医院第一位低保患者于2016年10月申请，其编号应为：1A1610001；若该院10月最后一个低保编号为：1A1610010，则11月第一位低保编号为：1A1611011；若该院2016年最后一位低保编号为：1A1612088，2017年1月第一位低保编号则应为：1A1701001。非低保患者编号以此类推。 |