**中国移动爱“心”行动-困境先心病儿童救助计划**

**陕西二期项目实施办法(暂行)**

中国移动爱“心”行动项目是一项救助困境先天性心脏病儿童的慈善项目。在陕西省民政厅的积极推动下，中国移动慈善基金会和陕西省慈善协会设立“中国移动爱'心’行动专项基金”，用于救助陕西省的困境先天性心脏病儿童，项目实施办法如下:

一、成立项目管理机构

成立“中国移动爱“心”行动”陕西项目管理小组，管理小组设在陕西省慈善协会项目部;项目执行办公室设在指定医疗机构院内。

二、项目定点医疗机构

西北妇女儿童医院、西安国际医学中心医院、西安高新医院。

三、救助对象

具有陕西省户籍，属地相关部门证明为困难家庭且项目合作医院确认可通过一次性手术治愈的 0-14 周岁先心病儿童，具体对象由村(居)委会、乡镇(街道办)出具证明，或县级慈善协会(民政部门)审核认定均可。

四、救助条件标准、数量安排

(一)凡经本项目合作医院门诊及现场筛查确诊符合手术条件的困境先心病儿童;

(二)项目计划救助70-100名困境先心病儿童提供全额手术费;

(三)项目实行“属地医保+慈善捐助+合作医院减免”三结合的全额资助模式，受助患儿应在合作医院首先进行医保结算;医保结算剩余部分，由中国移动爱'心’行动专项基金按最高限价标准进行结算(基金资助标准见附件一)，其余超出治疗费用由合作医院减免，同一救助对象1年内只给予一次救助。

五、医疗责任约定

项目合作医院负责对开展的医疗救助活动独立承担医疗责任，(包括“不良后果”或“医疗事故”处理所需要全部费用，均不得从善款中列支)。

六、救助申报审批程序

(一)通过项目筛查或合作医院门诊确诊的需要救助的患者，先由本人填写救助申请表(见附件二)，由当地村(居)委会乡镇政府(街道办)或县区慈善协会(民政部门)出具低保或困难证明，携带户口本、身份证，省、市医保、新农合医疗证等相关材料到项目合作医院执行办公室办理救助审批和就诊入院手续(救助申请表下载、复印即可)。**未开通一站式报销医疗费的患者，需持有当地开具的同意转诊手续(回当地核销)。**

(二)除未开通一站式报销医疗费患者，其余患者入院时不用交纳押金，出院时不用交纳任何医疗费用。

(三)项目合作医院将符合条件的患者资料分批次报陕西省慈善协会和中国移动慈善基金会审批。

(四)受助患者在办理出院手续时,须在合作医院执行办公室指定窗口办理出院手续。

七、救助费用的拨付

为了方便患儿的救治和减轻患者家庭出院后的经济负担，省慈善协会将分批预拨付基金款到项目合作医院，由项目执行办公室严格按救助条件标准审查，须分批次将救助资金审批表、受助患儿资助结账表(见附件三)、出院记录、诊断证明、费用结算清单、医疗费票据、患儿照片等相关材料报中国移动慈善基金会及陕西省慈善协会审核，审核无误由陕西省慈善协会按批次进行核销。

**八、本文件相关事宜由中国移动爱'心’行动陕西项目管理小组负责解释。**

**陕西省慈善协会项目部电话:029-63917950**

**中国移动慈善基金会联系电话:010-53992470**

附表:

1.中国移动爱“心”行动项目专项基金资助标准

2.中国移动爱“心”行动陕西项目资助申请表

3.中国移动爱“心”行动陕西项目资助结账表

附件一

**中国移动爱心行动陕西项目专项基金资助标准**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 条件 | 基金资助最高金额 |
| 1 | 当医疗费用除医保外金额不高于2万元时 | 1.5万元 |
| 2 | 当医疗费用除医保外金额高于2万元且小于等于3万元时 | 2.5 万元 |
| 3 | 当医疗费用除医保外金额高于3万元时 | 3.5万元 |

附件二:

中国移动爱“心”行动一陕西省困境先心病儿童

救助计划资助申请表

患儿姓名:

申请人姓名: 与患儿关系:

联系电话:

联系地址:

邮 编:

填表日期： 年 月 日

**申请须知**

“中国移动爱'心’行动-陕西省困境先心病儿童救助计划”是中国移动慈善基金会、陕西省慈善协会2023-2024年共同在陕西省实施的困境先心病儿童救助项目，目的是为陕西省困境家庭中患有先心病、年龄在0至14周岁的未成年人且项目合作医院确认可以通过次手术治愈的先心病儿童提供免费有效的手术治疗，帮助他们解除疾患，重获新生。

一、“中国移动爱'心’行动一陕西省困境先心病儿童救助计划”仅承担医疗资金资助责任，如果发生医疗纠纷或医疗事故，受助对象与项目医院依照相关法律处理，与“中国移动爱'心’行动-陕西困境先心病儿童救助计划”无关。

二、患儿入住项目医院前监护人应当检查患儿当前身体健康状况，若出现影响实施先心病手术的合并症(包括感冒、发烧、肺炎以及影响手术安全和愈后的其他疾病)，应治愈并调养后再安排入院。若坚持入院，需自行承担合并症的检查、治疗等费用。

三、已经治愈的先心病患儿，其监护人应按治疗医院规定，按时出院。逾期仍滞留医院的费用，由患儿家庭自行承担。

四、受助对象有义务配合本项目的宣传和采访活动，并同意使用其照片、影像等资料。

五、本表免费发放，由患儿本人或监护人(父母等)作为申请人如实填写，填写时请使用蓝黑钢笔或签字笔。

六、提交申请时，申请人需同时提交以下补充材料:申请人或父母的身份证、户口复印件、家庭享受国家救助的证件或证明复印件、陪同患者接受治疗监护人身份证及存折复印件一份。

项目医院：

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | 性别 |  | 民族 | |  | 身份证号码 |  | 免冠1寸照片 |
| 住址 |  | | | | | | 电话 |  |
| 是否医保 |  | 居民医保编号 | |  | | | 地（市县） |  |
| 农合疗编号 | |  | | |
| 患儿是否有商业保险 |  | | | 是否低保家庭 | | |  | 相关证件编号 |  |
| 监护人姓名 |  | | 与患者关系 | |  | | 联系电话 |  | |
| 监护人身份证号码 |  | | | | | | 监护人微信号 |  | |
| 家庭人口 |  | | 职业 | |  | | 患者家庭年总收入（元） | |  |
| 申请人、监护人申明 | | | 本人声明，我已详细阅读申请须知，经慎重考虑决定接受项目资助，并保证以上所填写内内容真实、完整。  签名：  年 月 日 | | | | | | |
| 村、乡镇（街道办）及县级慈善组织（民政局）意见 | | | 年 月 日 | | | | 项目合作医院意见 | 年 月 日 | |
| 省慈善协协会意见 | | | 年 月 日 | | | | 中国移动慈善基金会意见 | 年 月 日 | |
| 批准救助序号 | | | 第 批 | | | | 第 号 | 年 月 日 | |

申请人父母身份证、户口本复印件、享受国家救助证明粘贴处

附件三

**中国移动爱“心”行动--陕西省困境先心病病儿童**

**救助计划资助结账表**

患儿姓名:

申请人姓名: 与患儿关系:

联系电话:

联系地址:

填表日期：

项目医院：

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | | 性别 |  | 年龄 |  | | | | 住院号 | |  |
| 住址 |  | | | | | | | | | 电话 | |  |
| 监护人姓名 |  | | | 与患者关系 | | |  | | | 联系电话 | |  |
| 医院诊断 |  | | | | | | | | | | | |
| 手术后小结及术后效果评估 |  | | | | | | | | | | | |
| 入院日期 | | 年 月 日 | | 手术日期 | | 年 月 日 | | | 出院日期 | | 年 月 日 | |
| 住院总费用（元） | | | | （后附出院结算及发票复印件） | | | | 医保（合疗）报销费用（元） | |  | | |
| 项目执行办公室建议基金救助金额（元） | | | | 年 月 日 | | | | 项目合作医院意见 | | 年 月 日 | | |
| 陕西省慈善协协会意见 | | | | 同意救助金额：  元  年 月 日 | | | | 中国移动慈善基金会意见 | | 年 月 日 | | |
| 批准救助序号 | | | | 第 批 | | | | 第 号 | | 年 月 日 | | |