

## 附件 1

# 潮州慈善总会精准扶贫医疗救助办法

（修订）

为做好精准扶贫对象医疗救助工作，规范善款的管理和使用，根据有关法律法规规定和本会宗旨，结合实际，特制定本办法。

### 一、救助对象

本市建档立卡的精准扶贫对象因患病造成生活特别困难的，可向本会申请本项救助（申请对象为尿毒症患者的，按《贫困家庭尿毒症患者医疗救助办法》办理）。

### 二、救助原则

（一）本会按照扶贫慈善事业发展的要求和本会章程规定，认真开展医疗救助工作。

（二）坚持以收定支原则，以大病、重病医疗救助为主。

（三）原则上对一个受助对象一年度只受理两次救助申请（尿毒症患者医疗救助一年度只受理一次救助申请）。

### 三、救助程序

（一）由当事人或委托代理人填写《潮州慈善总会精准扶贫医疗救助申请表》并附上相关证明材料（见附件），经镇政府（街道办事处）签署意见（加盖公章）后，提交到本会秘书处。

（二）对申请人向我会提交的救助申请材料，经审核不符合救助条件的，由本会秘书处向申请人要求补充材料或告知不予救助及其理由。

（三）本会秘书处对接收的医疗救助申请，经审核符合救助条件的，由秘书处拟定救助金额，每月汇总制表后，送常务副会

长审核、会长审批；批准后通过银行及时将救助款发放到申请人提交的个人账户。

（四）本会对已救助对象名单及救助金额，每月定期通过本会公众号或网站向社会公布。

#### **四、救助标准**

按救助对象自付医疗费用给予全额救助，每人每年累计最高救助金额不超过 16000 元。

#### **五、资金来源**

（一）市本级“广东扶贫济困日”捐赠资金；

（二）其他合法渠道资金。

#### **六、本办法由潮州慈善总会理事会负责解释。**

附：潮州慈善总会精准扶贫医疗救助申请表

附：

## 潮州慈善总会精准扶贫医疗救助申请表

|                         |  |     |   |   |
|-------------------------|--|-----|---|---|
| 姓 名                     |  | 性 别 |   |   |
| 身份证号码                   |  |     |   |   |
| 家庭住址                    |  |     |   |   |
| 户口所在地                   |  |     |   |   |
| 联系电话                    |  |     |   |   |
| 申请理由（要写明家庭生活困难情况和患者病情）： |  |     |   |   |
|                         |  |     |   |   |
|                         |  |     |   |   |
| 救助申请人（或代理人）签名：          |  | 年   | 月 | 日 |

（正面）

|                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>镇政府<br/>(街道办事处)</p> <p>意 见</p>                | <p>(证明该对象是否为精准扶贫对象)</p> <p style="text-align: right;">(盖章)</p> <p style="text-align: right;">年    月    日</p>                                                                                                                                          |
| <p>潮州<br/>慈善<br/>总会<br/>秘书处</p> <p>受理<br/>意见</p> | <p style="text-align: right;">(盖章)</p> <p style="text-align: right;">年    月    日</p>                                                                                                                                                                  |
| <p>备 注</p>                                       | <p>一、申请人应随本表同时如实提供以下证明资料：</p> <p>1、本人身份证、户口本复印件；</p> <p>2、病历复印件或医院出具的疾病证明原件；</p> <p>3、医疗机构结算单据复印件；</p> <p>4、遭受交通意外、火灾等事故受伤的，应提供公安部门处理意见；</p> <p>5、申请人的银行存折或银行卡复印件（须注明具体开户行名称，如：**银行**支行）。</p> <p>二、申请人提供虚假证明材料或有虚假陈述的，一经发现，将按相关规定处理；情节严重的，追究法律责任。</p> |

(背面)