

附件 1

绍兴市“炉峰慈联·大病救助”红十字博爱基金 救助申请须知

一、绍兴市炉峰禅寺慈善联合会“炉峰慈联·大病救助”红十字博爱基金（以下简称“炉峰慈联·大病救助”项目）由绍兴市炉峰禅寺慈善联合会联合绍兴市红十字会共同设立，专项用于缓解绍兴市户籍及常住外来建设者贫困家庭突发性重病、慢性重病所带来的大病医疗支出资金困难。

二、救助对象：

（一）范围：因病陷入困境的绍兴市户籍及常住绍兴的外来建设者家庭。

（二）对象：符合以下两条之一者：

1. 家庭人均年收入低于 30000（含）元，且两个医保年度内，因住院、特殊病种门诊、与疾病治疗相关的增值税发票三类费用，经基本医疗保险政策规定报销后个人自付及转外就医承担的自理费用总额超过 50000（含）元者；

2. 以下特殊人员：持有三证（低保证、低保边缘证、因病致贫证）、成功捐献造血干细胞、成功捐献器官（遗体、组织）、累计献血 4000 毫升及以上、累计参与红十字会或炉峰禅寺慈善联合会志愿服务时间超过 400 小时的志愿者及其直系亲属（符合以上五种情况之一），且两个医保年度内，因住院、特殊病种门诊、与疾病治疗相关的增值税发票三类

费用，经基本医疗保险政策规定报销后个人自付及转外就医承担的自理费用总额超过 30000（含）元者；

三、救助标准：

第一类人群（一般群众）：

①符合救助条件的个人承担医疗费用超过 5 万元（含）者救助 5000 元；

②符合救助条件的个人承担医疗费用超过 7 万元（含）者救助 7000 元；

③符合救助条件的个人承担医疗费用超过 10 万元（含）者救助 10000 元；

第二类人群（特殊人员及爱心人士）：

①符合救助条件的个人承担医疗费用超过 3 万元（含）者救助 5000 元；

②符合救助条件的个人承担医疗费用超过 5 万元（含）者救助 7000 元；

③符合救助条件的个人承担医疗费用超过 7 万元（含）者救助 10000 元；

四、救助申请；

1. 申请救助时，申请人须如实填写绍兴市“炉峰慈联·大病救助”红十字博爱基金救助申请表（附件 2），并随带以下材料，向属地红十字会提出申请：

(1) 申请人身份证明：户口本、身份证的原件、复印件或绍兴市暂（居）住证的原件、复印件；

(2) 申请人本人的银行卡复印件；

(3) 两个医保年度内（即申请之日起倒推两年内）提供以下材料：①因住院产生的发票，票据上无收费明细的须同时提交费用明细清单；持有特殊病种门诊证件者的单张超过 1000 元的门诊发票（审核后提供复印件即可）；②与疾病治疗相关的增值税发票；③医疗诊断证明复印件。

备注：本项目申请的两个医保年度指的是截至申请日期两年为有效期限，例如：申请日期为 2023 年 10 月 1 日，则相关票据有效期限为 2021 年 10 月 1 日至 2023 年 9 月 30 日。

(4) 家庭人均年收入证明及已获得各类资助情况承诺书（附件 3）：

①有工作单位的需要提供银行流水清单；

②无工作单位提供乡（街道）、村（社区）等的证明，要有经办人或分管领导签字盖章；

③持有低保证、低保边缘证、因病致贫证等由民政部门发放的证明（证件在有效期内），可不提供该项中的①和②；

④申请人家庭成员收入情况及已获得资助情况申报表须在所在村（社区）公示 3 日后由经办人签字、盖章；

2. 参加相关基本医疗保险的救助对象，符合医疗保险范围的医药费按规定比例报销后符合本项目救助条件的，再给

予救助。

3. 救助对象须保证所有申报资料的真实性和完整性。对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，将不予救助；如已获救助，依法追回所涉项目资金。

4. 符合救助条件的申请人按申请时间先后给予救助，直到基金账户余额不足以支付为止。

5. 如因公益宣传需要，救助对象应配合做好相关采访工作，绍兴市红十字会、绍兴市炉峰禅寺慈善联合会有权使用其文字、照片和影像等资料，并做好相关隐私保护。

我（申请人）已确认并完全了解以上条款，同意所有申报规定，签字表示认可。

申请人签字：

年 月 日

附件 2

绍兴市“炉峰慈联·大病救助”红十字博爱项目 救助申请表

申请日期： 年 月 日

申请人姓名		性别		出生年月		民族	
家庭详细住址							
身份证号码							
联系电话	手机 1			手机 2			
转账信息	户名			开户银行及 支行名称			
	账号						
家庭主要成员情况							
姓 名	性别	与申请 人关系	工作或学习单位		身份证号		

家庭 经济 状况	主要收 入来源			
	家庭 年收入		人均 年收入	
患病 诊疗 情况	诊断		治疗简 要经过	
申请人签字:				
区、县 (市)红 十字会初 审意见	<p style="text-align: center;">经办人签字: _____ (公章)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>			
基金管委 会审核意 见	<p style="text-align: center;">(公章)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>		拟救助 金 额	¥: 大写:
市红十字 会审批意 见	<p style="text-align: right;">(公章)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>			

附件 3

家庭年收入情况及已获得资助情况承诺书

家庭成员收入情况				
姓 名	年 龄	与申请人关系	年 收 入（元）	主要收入来源
序 号	提供资助的单位、网络平台、项目		资 助 金 额（元）	与资助金相当的票据已上交
1				
2				
3				
<p>填报须知：1. 请按本人、配偶、父母、子女顺序填写家庭成员收入情况，若无收入来源，按 0 填写。2. 本承诺书须在村（社区）公示 3 天无异议后方可提交至区、县（市）红十字会。</p>				
<p style="text-align: center;">我承诺家庭成员收入情况及获得资助的金额已如实申报，如有不实，愿意承担相应法律后果。</p> <p style="text-align: right;">承诺人签字：_____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>				
<p>该承诺书已公示 3 天，公示期期间无异议，绍兴市红十字会监督电话：0575-85080011。</p> <p style="text-align: center;"> 经办人签字：_____ 联系电话：_____ </p> <p style="text-align: center;"> 公示单位（盖章）：_____ </p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>				

