

湖北省希望工程办公室 湖北省青少年发展基金会

鄂青基〔2019〕6号

关于开展“向阳花基金”助力脱贫攻坚 助医行动资助工作的通知

相关市、州、县希望办（青基会）、希望工程实施机构：

为贯彻落实中央、省委关于打赢脱贫攻坚战三年行动，围绕团十八大确定的目标，湖北省青少年发展基金会联合浙江省青少年发展基金会共同开展脱贫攻坚助医行动。现将资助工作及相关事宜通知如下：

一、资助对象及申请条件

脱贫攻坚助医行动的资助对象主要为湖北实施地区 2018 年

1 月至 2019 年 9 月期间，在县级以上公立医院住院治疗的 0-18 周岁建档立卡户家庭困难患病青少年。其中，优先资助浙江对口支援和东西部扶贫协作地区建档立卡户青少年。具体申请条件如下：

1. 申请资助青少年及其监护人自愿填写申请表（附件 2），并提交监护人、患病青少年户口本、身份证（或出生证明）、建档立卡户扶贫手册复印件、医院住院收费票据复印件等。

2. 申请资助青少年及其监护人须保证所有申报资料的真实性和完整性。对申报材料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，将不予资助；如已获资助，将依法追索其获得的全部资助款。

3. 因信息公开、筹资宣传和社会监督需要，申请资助青少年家庭有义务配合做好相关调查核实、采访等工作，湖北省青基会、浙江省青基会等单位有权在法律允许的范畴之内谨慎使用其信息、照片和影像等资料。

二、资助标准

1. 项目资金总额为 100 万元，由湖北省青基会争取浙江省青基会“向阳花少儿医疗救助基金”提供专项资金。

2. 湖北省青基会根据项目资金额度，重点围绕大别山、武陵山、秦巴山、幕阜山四大连片贫困山区向实施地团委安排项目资金（附件 1）。各实施地团委在申报截止日期（2019 年 9 月 30 日）前未完成项目分配资金的，由湖北省青基会统筹安排给

有需求的地方。

3. 本资助项目用于资助建档立卡户家庭困难患病青少年自理、自费、自负医疗费用（一般不低于 3000 元），标准为不超过上述费用的 50%，原则上每人资助一次，最高不超过 2 万元。已获各类社会资助超过个人自费部分的，本项目不予重复资助。

4. 患病青少年具体资助金额由湖北省青基会根据医院住院收费票据实际数额审核后根据资助标准确定，以百元作为计算单位。

三、资助程序

1. **申报。**由实施地团委按照“公开、公平、公正”和“精准扶贫”的原则负责当地活动的信息发布、热线电话接听等。符合受助条件的患病青少年及其监护人自愿申请并向所在地团委提供书面申报材料。

2. **审核。**实施地县级团委按照“以人为本、有效救助、救重救急”原则和资助条件、优先次序对申请资料进行初审，通过后提交县级扶贫主管部门对建档立卡情况予以确认，无异议后汇总到实施地市级团委，将申请表、汇总表（附件 3）一式两份邮寄到省青基会终审。

3. **复核。**湖北省青基会对各地申请表、汇总表进行复核，同时提交一份寄至浙江省青基会备案。

4. **公示。**湖北省青基会对拟资助对象在其官网、官方微信平台进行公示不少于 3 天的公示，实施地团委同步在县级公共平

台进行公示，经公示无异议后，确认资助。

5. 资助。经浙江省青基会确认拨款后，湖北省青基会采取“银行直通车”形式，将资助款一次性划入患病青少年本人（或监护人）账户。

即日起，各实施地团委可宣传、组织、发动符合资助条件的患病青少年进行申请，省青基会将按照“先申请、先审核、先资助”的原则进行项目资助，直至项目全部结项。

四、其他事项

1. 做好项目的发动和宣传工作。各实施地团委要以文字、图片、影像等形式向湖北省青基会提供3个以上的典型案例或报道，案例介绍字数不少于500字，每个案例图片不少于3张。项目结束后，各实施地团委还需将本地区活动开展情况的总结性报告、影像资料、相关媒体报道等资料寄至湖北省青基会。

2. 明确项目联系人，做好项目对接。请实施地团委确定项目联系人，及时与湖北省青基会对接，并于2019年10月31日前完成项目全部资助确认工作。

3. 做好档案留存工作。实施地团委应建立受资助青少年档案，长期保存完整资料，以备捐方、新闻媒体和社会各界的监督和检查。

以上事项如有不明之处，请及时与湖北省青基会事业发展部联系。湖北省青基会联系人：李慧敏、向佳颖，联系地址：武汉市武昌区水果湖东三路5号，邮编：430071，电话：027-87233550。

- 附件：1. 脱贫攻坚助医行动金额分配表
2. 脱贫攻坚助医行动申请表
3. 脱贫攻坚助医行动受助青少年汇总表



湖北省希望工程办公室



湖北省青少年发展基金会

2019年5月9日

附件 1

浙江省青少年发展基金会
湖北省青少年发展基金会

脱贫攻坚助医行动金额分配表

序号	地区	资助金额 (万元)	备注
1	恩施州	50	浙江对口支援和东西部扶贫协作地区
2	十堰市	10	
3	宜昌市	10	
4	咸宁市	10	
5	黄冈市	10	
6	项目指定地区 其他县市区	10	
合计		100	

备注：各实施地团委依据实际需要使用时，如在申报截止日期未完成项目金额的，由湖北省青基金会统筹安排使用。

附件 2

浙江省青少年发展基金会
湖北省青少年发展基金会 脱贫攻坚助医行动申请表

青少年姓名		出生年月		性别	
疾病名称		就诊医院（县级以上公立医院）		住院号	
住院费（元）		个人自理、自负、自负费用（元）			
监护人姓名		手机		与患者关系	
工作单位				单位电话	
家庭地址				社区、村委会电话	
银行账户信息	户名	（须为监护人或患儿本人开户）			
	开户银行 （具体至支行）				
	银行账号（卡号）				
患儿病情及家庭 贫困情况 （可另附页）					
县扶贫主管部门 确认盖章	情况属实。 （公章） 年 月 日		所在地县级团委 确认盖章	情况属实。 （公章） 年 月 日	
湖北省青基金会终 审盖章确认	经审核，决定资助人民币_____元（大写）， ¥_____元（小写）。（公章） 年 月 日				

青少年户口本（出生证）及监护人户口簿、身份证复印件粘贴处：

县级以上公立医院住院收费票据复印件粘贴处：

备注：1.申请表提供的信息必须真实准确。

2.申请表一式2份，湖北省青基会和浙江省青基会各留一份

附件 3

浙江省青少年发展基金会
湖北省青少年发展基金会
脱贫攻坚助医行动受助青少年汇总表

实施地市级团委(盖章):

序号	姓名	性别	出生年月	疾病	就诊医院	就诊自费金额(元)	户名	开户行	账号	拟资助金额
1										
2										
3										
4										
5										
合计										

填表人:

填表时间:

说明: 1. 就诊自费金额以医院就诊自费部分发票为准; 2. 打款账户须为患病青少年本人或监护人账户, 监护人姓名须与申请表上一致;

3. 拟资助金额由湖北省基金会审核后根据资助标准确定。

