鄂青基〔2020〕16号

关于开展“同舟共济 青春偕进”——湖北希望工程关爱抗疫一线医务人员子女及因疫致困青少年特别行动的通知

各市、州、县希望办（青基会）、希望工程实施机构：

新冠肺炎疫情发生以来，习近平总书记始终十分关心人民群众正常生活，要求有针对性做好人文关怀，更好强信心、暖人心、聚民心。近日，总书记就关心爱护参与疫情防控工作的医务人员专门作出重要指示，强调医务人员是战胜疫情的中坚力量，务必高度重视对他们的保护、关心、爱护，从各个方面提供支持保障。为贯彻落实习近平总书记系列重要指示精神，根据团中央关于开展“同舟共济、青春偕进”关爱帮扶受新冠肺炎疫情直接影响的青少年特别行动的工作部署，中国青基会联合33家省级青基会共同开展“抗击疫情、希望同行”——关爱抗疫一线医务人员子女特别行动、关爱因疫致困青少年特别行动。现将我省开展活动有关事宜通知如下：

一、活动内容

开展 “同舟共济 青春偕进”——湖北希望工程关爱抗疫一线医务人员子女及因疫致困青少年特别行动，帮助他们解决实际困难、顺利完成学业，传递党的关怀和社会主义大家庭的温暖。

二、关爱对象及标准

1.关爱抗疫一线医务人员子女项目。面向湖北省参加疫情防控中感染疫病或牺牲的医务人员，对这些医务人员的子女（未成年人、在校学生）提供爱心资助。感染疫病的医务人员的子女补助标准为5000元/人，不幸牺牲的医务人员的子女补助标准为10000元/人（有特殊情况，可适当提高补助标准）。

2.关爱因疫致困青少年项目。资助湖北省因疫情致困、返贫家庭的青少年学生，优先资助本人感染疫病、家庭成员感染疫病或亡故的城乡低保家庭、农村建档立卡家庭的青少年学生。资助标准为5000元/人（原则上每个家庭资助一名青少年，特殊困难家庭可适当提高资助标准）。

注：青少年学生指小学、中学、中职中专、高职高专、大学本科在校学生。资助对象范围依据国家有关规定进行解释。

三、动员和募捐方式

本次特别行动通过多种渠道公开向社会募集捐款，分别设立“湖北希望工程关爱抗疫医务人员子女”专项基金、“湖北希望工程关爱因疫致困青少年”专项基金。

1.组织化动员。依托共青团组织体系和团属新媒体、12355热线等平台，向基层团组织、团员青年、青联委员、青年企业家等推广两个公益项目，动员广大团员青年在自愿基础上积极参与。

2.社会化动员。争取集团客户、企业伙伴支持，同时优化公众捐款渠道，积极争取社会公众参与。条件成熟时，开通相关网络众筹项目。

四、申报程序

（一）关爱抗疫一线医务人员子女项目

1.申请。采取自愿申请和组织申报相结合的形式，由医务人员单位所在地县级团委或所属卫健委团委，征求本人或家属意见后提出申请，填写申请表。

2.审核。申请单位要确保申请表的信息内容、证明材料的真实性，审核盖章后提交市级团委汇总，由市级团委统一提交省青基会审核并确定补助名单。

3.补助。爱心补助款采取“银行直通车”方式，一次性以银行转账方式划拨至受助人指定账户。

（二）关爱因疫致困青少年项目

1.申请。采取自愿申请和组织申报相结合的方式。因疫致困青少年学生可自愿向所在地县级团委提出申请并填写申请表；县级团委应深入基层，主动寻找符合条件的青少年学生，在其自愿的基础上指导填写申请表。

2.审核。县级团委对申请表的信息、证明材料进行审核，确保真实性并公示名单。公示结束后，审核盖章并提交市级团委汇总，由市级团委统一提交省青基会审定。

3.资助。助学金采取“银行直通车”方式，一次性以银行转账方式划拨至受助人指定账户。

五、工作要求

1.高度重视，加强领导。各地要以习总书记重要指示精神为指导，按照团中央书记处提出的“精准、实在、高效、温馨”的工作标准，提高思想认识，加强对公益项目的实施指导，指派专人负责，确保项目运行高效有序，项目影响温暖感人。

2.广泛发动，积极宣传。各地要坚持组织化动员和社会化动员相结合，广泛发动社会力量积极参与。要加大项目的宣传力度，讲好抗疫一线医务人员感人事迹及子女亲情，因疫致困青少年自强不息、社会各界爱心互帮互助的感人故事，努力营造全社会参与公益、关爱关注青少年成长的公益氛围。

3.严格标准，确保实效。各地要主动深入基层，指导符合条件的关爱对象客观真实填写申请表，严把审核关，让真正符合条件的关爱对象获得帮助，要及时跟踪和反馈补助金、助学金的发放领取情况，传递党的关怀和社会主义大家庭的温暖。

联系人：谢国华、李慧敏、肖锋

联系电话：027-87233550 邮箱：hbxwgc@126.com

地址：武汉市武昌区水果湖东三路5号

附件：

1.关爱抗疫一线医务人员子女补助申请表

2.关爱因疫致困青少年资助申请表

3.关爱抗疫一线医务人员子女补助申请汇总表

4.关爱因疫致困青少年资助申请汇总表

 湖北省希望工程办公室 湖北省青少年发展基金会

 2020年2月26日

附件1

同舟共济 青春偕进

“抗击疫情 希望同行”——

“希望工程关爱抗疫一线医务人员子女特别行动”补助申请表

省（区、市） 市（州） 县（区、市）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医务人员信息 | 姓　名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | （照片） |
| 与子女关系 |  | 身份证号 |  |
| 户口所在地 |  |
| 家庭地址 |  |
| 工作单位 |  | 手 机 |  |
| 子女信息 | 姓 名 |  | 性 别 |  | 身份证号 |  |
| 出生日期 |  | 学籍情况 | □学龄前儿童 □小学 □中学（中职中专） □高职高专 □大学本科 □其他 |
| 感染新冠肺炎情况 | □医务人员感染新冠肺炎 □医务人员牺牲 　 □医务人员子女感染新冠肺炎 □医务人员配偶感染新冠肺炎家庭感染人数人 |
| 证明材料 | 1.感染新冠肺炎诊断证明2.医务人员家庭户口本复印件3.医务人员本人、子女身份证复印件 |
| 个人抗疫工作描述 | （可另附页) |
| 医务人员指定银行账户资料 | 户 名 |  | 账(卡)号 |  |
| 开户行 | 银行 分行 支行 分理处（储蓄所） |
| 医务人员工作单位审核意见 |  （公 章）年 月 日 |
| 受助人所在地县级团委（或卫健委团委）审核意见 | (公 章)年 月 日 |
| 省级青基会审核意见 | （公 章）年 月 日 |

附件2

同舟共济 青春偕进

“抗击疫情 希望同行”——

“希望工程关爱因疫致困青少年特别行动”资助申请表

省（区、市） 市（州） 县（区、市）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | （照片） |
| 出生日期 |  | 身份证号码 |  |
| 在校情况 | □小学 □中学（中职中专） □高职高专 □大学本科 |
| 户口所在地 |  |
| 家庭地址 |  |  |  |
| 父母/监护人姓名 |  | 手 机 |  |
| 感染新冠肺炎情况 | □申请人感染新冠肺炎 □父母感染新冠肺炎□监护人感染新冠肺炎 □兄弟姐妹感染新冠肺炎家庭感染人数人 |
| 申请理由 | 家庭基本情况 | □农村建档立卡户 □城乡低保户  |
| 受疫影响情况 | □家庭主要劳动力因疫亡故 □家庭因疫无固定收入来源 |
| 申请人特殊情况 | □孤儿 □事实无人抚养儿童 □留守儿童□残疾 □单亲家庭  |
| (简述申请理由，可另附页) |
| 证明材料 | 1.申请人身份证复印件2.家庭经济困难相关证明3.家庭成员感染新冠肺炎诊断证明及身份证复印件4.父母或监护人或兄弟姐妹与申请人关系证明（户口本复印件） |
| 申请人/监护人银行账户资料 | 户 名 |  | 账(卡)号 |  |
| 开户行 | 银行 分行 支行 分理处（储蓄所） |
| 申请人所在地县级团委审核意见 | (公 章)年 月 日 |
| 省级青基会审核意见 |  　　 （公 章）年 月 日 |

附件3

“抗击疫情 希望同行”——“希望工程关爱抗疫一线医务人员子女特别行动”补助申请汇总表

 　 　　市（州）　 填表时间：2020年　 月　 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 市县 | 姓名 | 性别 | 民族 | 身份证号 | 就读学校 | 家庭情况简介（必填） | 联系电话 | 收款账户开户名 | 收款账户开户行 | 开户行所属地市 | 银行账号 |
| 1 |   |  |   |  |   |   |  |   |  |  |  |  |
| 2 |   |  |   |  |   |   |  |   |  |  |  |  |
| 3 |   |  |   |  |   |   |  |   |  |  |  |  |
| 4 |   |  |   |  |   |   |  |   |  |  |  |  |
| 5 |   |  |   |  |   |   |  |   |  |  |  |  |
| 6 |   |  |   |  |   |   |  |   |  |  |  |  |
| 7 |   |  |   |  |   |   |  |   |  |  |  |  |
| 8 |   |  |   |  |   |   |  |   |  |  |  |  |
| 9 |   |  |   |  |   |   |  |   |  |  |  |  |
| 10 |   |  |   |  |   |   |  |   |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件4

“抗击疫情 希望同行”——希望工程关爱因疫致困青少年资助申请汇总表

 　 　　市（州）　 填表时间：2020年　 月　 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 市县 | 姓名 | 性别 | 民族 | 身份证号 | 就读学校 | 家庭情况简介（必填） | 联系电话 | 收款账户开户名 | 收款账户开户行 | 开户行所属地市 | 银行账号 |
| 1 |   |  |   |  |   |   |  |   |  |  |  |  |
| 2 |   |  |   |  |   |   |  |   |  |  |  |  |
| 3 |   |  |   |  |   |   |  |   |  |  |  |  |
| 4 |   |  |   |  |   |   |  |   |  |  |  |  |
| 5 |   |  |   |  |   |   |  |   |  |  |  |  |
| 6 |   |  |   |  |   |   |  |   |  |  |  |  |
| 7 |   |  |   |  |   |   |  |   |  |  |  |  |
| 8 |   |  |   |  |   |   |  |   |  |  |  |  |
| 9 |   |  |   |  |   |   |  |   |  |  |  |  |
| 10 |   |  |   |  |   |   |  |   |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |