

湖北省希望工程办公室 湖北省青少年发展基金会

鄂青基〔2020〕42号

关于开展2020年“向阳花少儿医疗救助基金” 助力脱贫攻坚助医行动的通知

各市、州希望办（青基会）、希望工程实施机构：

2020年是全面建成小康社会和“十三五”规划收官之年，也是脱贫攻坚决战决胜之年。为响应党中央的决策部署，助力高质量完成脱贫攻坚目标任务，促进贫困青少年健康成长，湖北省青基会联合浙江省青基会继续开展2020年“向阳花少儿医疗救助基金”助力脱贫攻坚助医行动。现将资助工作及相关事宜通知如下：

一、资助对象

助力脱贫攻坚助医行动的资助对象为湖北省 2019 年 10 月至 2020 年 11 月期间，在县级及以上公立医院住院治疗的不满 18 周岁建档立卡贫困户青少年。优先资助因疫致困的建档立卡家庭青少年，并向浙江省东西部扶贫协作、疫情防控对口支援地区倾斜。

二、资金分配及资助标准

1. 项目资金总额为 120 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，采取统筹兼顾、重点倾斜相结合的方式进行项目资金分配，具体情况详见分配表（附件 1）。

2. 本资助项目用于资助贫困家庭患病青少年住院治疗期间自理、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。

3. 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、申请条件

1. 申请资助青少年及其监护人自愿填写申请表（附件 3），并提交监护人及患病青少年的户口本、身份证（监护人需提供身份证，暂无身份证的青少年也可提供出生证明）、建档立卡扶贫

手册复印件、医院住院收费票据复印件（需提供能证明自费自负金额）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。对申报资料中出现的虚假、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。

四、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、咨询电话接听等（各地团委联系方式见附件2）。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，由市级团委**将申请表、汇总表（附件4）一式两份邮寄到湖北省青基会终审。**

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，确认为资助对象。

5. 资助。经浙江省青基会确认并拨款到账后，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。

6. 评估。项目实施结束后，实施地团委须对受助对象按 10% 的比例进行抽样调查，填写受益人满意度调查表（附件 5），便于湖北省青基会、浙江省青基会开展专项行动实施情况调查，了解受助对象对公益项目、实施管理工作的评价，提升公益项目和社会公益资金的实施管理成效。

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，湖北省青基会将按照“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。

五、工作要求

1. 做好项目的发动和宣传工作。各地要以文字、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。各地要确定项目联系人，并及时与湖北省青基会对接，于 **2020 年 11 月 10 日**前完成项目全部资助确认工作，逾期未完成申报的，我会将收回分配资

助款余额。

3. 做好档案留存工作。各地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。

湖北省青基会事业发展部联系人：李慧敏、向佳颖，联系电话：027-87128831，联系地址：武汉市武昌区水果湖东三路5号。

- 附件：
1. 脱贫攻坚助医行动金额分配表
 2. 脱贫攻坚助医行动实施地团委联系方式
 3. 脱贫攻坚助医行动申请表
 4. 脱贫攻坚助医行动受助青少年汇总表
 5. 助力脱贫攻坚助医行动受益人满意度调查表



湖北省希望工程办公室



湖北省青少年发展基金会

2020年6月15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	市州	贫困县数（个）	资助金额（万元）	备注
1	武汉	0	2	
2	黄石	1	6	浙江抗疫对口支援
3	十堰	8	18	
4	襄阳	3	8	
5	宜昌	5	12	
6	荆州	0	2	
7	荆门	0	2	
8	鄂州	0	2	
9	孝感	2	6	
10	咸宁	3	8	
11	黄冈	6	14	
12	随州	0	2	
13	恩施	8	23	浙江东西协作对口支援
14	仙桃	0	2	
15	潜江	0	2	
16	天门	0	2	
17	神农架	1	4	
18	机动		5	
合计		37	120	

- 分配说明：1.每个贫困县按照 2 万元/县分配；
2.每个市州/直管市/林区按照 2 万元/市分配；
3.浙江东西部协作对口支援恩施州分配 5 万元；
4.浙江抗疫行动对口支援黄石市分配 2 万元；
5.机动资金 5 万元。

附件 2

脱贫攻坚助医行动实施地团委联系方式

序号	市（州、林区）	座机
1	武汉市	027-85499902
2	黄石市	07146352615
3	十堰市	0719-8695889
4	襄阳市	0710-3575972
5	宜昌市	0717-6252694
6	荆州市	0716-8811701
7	荆门市	0724-2372193
8	鄂州市	0711-3830426
9	孝感市	0712-2280226
10	咸宁市	0715-8125913
11	黄冈市	0713-8668027
12	随州市	0722-3593186
13	恩施州	0718-8989296
14	仙桃市	0728-3491018
15	潜江市	0728-6243471
16	天门市	0728-5227277
17	神农架林区	0719-3332420

附件 3

浙江省青少年发展基金会

脱贫攻坚助医行动申请表

湖北省青少年发展基金会

青少年姓名		出生年月		性别	
疾病名称					
住院费用总额		个人自理、自负、自负费用			
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 家庭情况 (可另附页)					
县扶贫主管部 门确认盖章	(公 章) 年 月 日		所在地团委 确认盖章	(公 章) 年 月 日	
实施地青基会 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				

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 4

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	市州	县区	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 (精确到支行)	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。

附件 5

浙江省青少年发展基金会 助力脱贫攻坚助医行动受益人 湖北省青少年发展基金会 满意度调查表

被调查者姓名：_____（受助青少年姓名：_____）

手机号码：_____

1、您对青基会（或所在地团委）工作人员的服务效率和服务态度是否满意？（ ）

A 满意 B 较满意 C 一般 D 不满意

2、您对受助申请过程中，各环节的审批故障是否满意？（ ）

A 满意 B 较满意 C 一般 D 不满意

3、您对受助申请过程中，等候审核通过的时间满意吗？（ ）

A 满意 B 较满意 C 一般 D 不满意

4、您对此次资助标准额度是否满意？（ ）

A 满意 B 较满意 C 一般 D 不满意

5、您对项目总体满意度评价？（ ）

A 满意 B 较满意 C 一般 D 不满意

6、您对助力脱贫攻坚医疗救助项目有何意见和建议：

调查经办人：_____

调查日期：_____年____月_____