关于开展“‘热血铸军魂 爱眼助从戎’——关爱应征入伍近视青年”公益活动的函

各市、州、直管市、神农架林区团委，各大专院校团委：

为助力有志青年实现军旅梦，展示当代青年青春向党、强国有我的新担当，省青基会、湖南爱眼公益基金会共同实施“‘热血铸军魂 爱眼助从戎’——关爱应征入伍近视青年”公益活动。现就相关工作函告如下：

**一、活动内容：**

由湖南爱眼公益基金会捐赠200万元（首批100万元），面向全省开展“‘热血铸军魂 爱眼助从戎’——关爱应征入伍近视青年”公益活动，按照每人2000元标准，向在捐方指定医院治疗的家庭经济困难应征入伍青年发放一次性关爱金。

**二、**资助条件

1.省内脱贫家庭子女，城市低保家庭子女，因灾因病家庭经济困难子女，单亲、孤儿、残疾等类型家庭子女。

2.参加2021年湖北省国防征兵工作，取得《应征入伍通知书》，并提供复印件证明。

3.2021年1月1日以后因近视在捐方指定医院进行矫正视力手术，并提供就诊报告、住院收费票据复印件。

4.自愿申请，填写《“热血铸军魂 爱眼助从戎”公益项目申请表》（见附件2），申请人须保证申请资料的真实性和完整性。

三、实施步骤

1.提出申报。符合资助条件的青年可自愿向所在地县级团委或高校团委提出申请并填写申请表，并提供项目资料（包括申请表、入伍通知书复印件、身份证复印件、发票复印件、银行账户信息等相关资料）。即日起可开始申请，截止时间：2022年3月31日。

2.初审复核。参照申请表要求，经相关部门及捐方指定医院对申请资料进行初审，审核无异议后将申请表、汇总表（见附件3）邮寄到武汉大学附属爱尔眼科医院。

3.审核确认。武汉大学附属爱尔眼科医院负责收集、汇总各定点医院上交的申报资料，并进行审核确认；省青基会核校账号等信息无误后，报送至湖南爱眼公益基金会；省青基会在“湖北省青少年发展基金会”官网或微信公众号集中公示。

4.资助发放。公示无异议后，省青基会分批次将关爱金通过“银行卡直通车”形式一次性划拨至申请人指定账户。

5.跟踪管理。省青基会、湖南爱眼公益基金会在项目推进期间适时对关爱对象进行回访。

请各级团组织积极宣传，指导符合条件的申请人申领关爱金，切实为有志从军的困难青年给予关心帮助。

专此致函，请予支持！

省青基会联系人：肖锋

联系电话：027-87233550

电子邮箱：[hbxwgc@126.com](mailto:935027889@qq.com)

地 址：武汉市武昌区水果湖东三路5号

爱尔眼科医院项目联系人：肖卫化

联系电话：027-68893987

电子邮箱：[whxiao2013@sina.com](mailto:whxiao2013@sina.com)

地 址：武汉市武昌区中山路481号

附件：

1. 各定点医院联系表
2. 《“热血铸军魂 爱眼助从戎”公益项目申请表》
3. 《 “热血铸军魂 爱眼助从戎”公益项目申请汇总表》

湖北省青少年发展基金会

2021年9月27日

附件1

各定点医院联系表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 医院名称 | 联系人 | 联系方式 |
| 1 | 武汉爱尔眼科医院 | 郭 亮 | 18942904680 |
| 2 | 黄石爱尔眼科医院 | 卢 杰 | 13617214478 |
| 3 | 十堰爱尔眼科医院 | 陶莉莉 | 13886818656 |
| 4 | 襄阳爱尔眼科医院 | 项 亮 | 13908673722 |
| 5 | 宜昌爱尔眼科医院 | 曹 阳 | 15872531982 |
| 6 | 荆州爱尔眼科医院 | 王 欢 | 15636808007 |
| 7 | 荆门爱尔眼科医院 | 方 格 | 18571999859 |
| 8 | 鄂州爱尔眼科医院 | 李建荣 | 13217113366 |
| 9 | 孝感爱尔眼科医院 | 沈 浩 | 15327283210 |
| 10 | 黄冈爱尔眼科医院 | 吴小花 | 15098001837 |
| 11 | 咸宁爱尔眼科医院 | 刘 斌 | 19907240277 |
| 12 | 随州爱尔眼科医院 | 吴加武 | 18627789801 |
| 13 | 恩施爱尔眼科医院 | 魏莉莉 | 15272951172 |
| 14 | 仙桃爱尔眼科医院 | 盛 华 | 13451224433 |
| 15 | 天门爱尔眼科医院 | 蔡 佳 | 15800501680 |
| 16 | 潜江爱尔眼科医院 | 罗 涛 | 13986933111 |

附件2：

“热血铸军魂 爱眼助从戎”公益项目申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | |  | 出生年月 | | |  | | | 民族 |  | 近期免冠照片 |
| 家庭地址 |  | | | | | | | | | | | |
| 身份证号 |  | | | | | 近视手术  类型 | | | | |  | |
| 监护人姓名 |  | | 与申请人关系 | | | |  | | | 联系方式  （申请人/监护人） | |  | |
| 银行卡号 |  | | | | | | | | | 户名 | |  | |
| 开户行 | 银行 分行 支行 分理处（储蓄所） | | | | | | | | | | | | |
| 学籍情况 |  | | | | | | | | | | | | |
| 家庭经济现状及申请理由 | 家庭经济主要来源 | | | | | |  | | | | | | |
| **（详细介绍家庭经济现状、如实填写申请理由）**  监护人/本人（签字和手印）**：**    年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| **单位审核意见（社会申请类填写）** | | | | | | | | | | | | | |
| **村委会/居委会**  **（签章、审核意见）** | | | | | | | | | **县（市）区团委**  **（签章、审核意见）** | | | | |
| **年 月 日** | | | | | | | | | **年 月 日** | | | | |
| **单位审核意见（在校大学生申请类填写）** | | | | | | | | | | | | | |
| **学院**  **（签章、审核意见）** | | | | | | | | | **学校团委**  **（签章、审核意见）** | | | | |
| **年 月 日** | | | | | | | | | **年 月 日** | | | | |
| **就诊爱尔眼科医院审核意见（签章、审核意见）:**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | | | |
| **武汉大学附属爱尔眼科医院审核意见（签章、审核意见）:**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | | | |

**备注：**审核意见为符合条件或不符合条件；申请时须提交申请表、入伍通知书复印件、身份证正反复印件、发票复印件、银行卡复印件等资料。

附件3：

“热血铸军魂 爱眼助从戎”公益项目

申请汇总表

填报单位： （盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 身份证号 | 联系方式 | 就诊医院 | 开户名 | 账号 | 开户行 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**备注：**各市、州定点爱尔眼科医院提交汇总表时请交Excel版本，便于整理统计。