

福建省红十字会办公室文件

闽红办（2023）3号

关于启动 2023 年度 福建省红十字会悦基金救助工作的通知

各设区市、平潭综合实验区红十字会：

为做好 2023 年度福建省红十字会悦基金救助工作，现就有关事项通知如下：

一、救助对象

具有福建省户籍、患有先天性食管闭锁、先天性胆道闭锁的困难家庭的 0-14 周岁患儿。救助患儿 0-14 周岁计算时间为：2009 年 1 月 1 日至 2023 年 12 月 31 日出生（按照公历年月日计算）。

二、救助原则

按照同等条件下依照申请顺序受理，坚持“量入为出、实施有限救助”的原则。救助对象须在公立医院医治，方可申请。

三、救助标准

救助对象在 2023 年 1 月 1 日至 12 月 31 日期间(以出院结算时间为准) 因患有先天性食管闭锁、先天性胆道闭锁, 住院治疗而产生的大额医疗费用, 扣除现行医疗保障制度及补充医疗保险、以及个人商业保险报销后的个人负担总费用, 超过 1 万元、小于 3 万元(含), 给予救助 1 万元; 超过 3 万元, 给予救助 2 万元。原则上每人每年度救助 1 次。

四、受理时间

各地申请救助资料及时上报, 省红十字会原则上每季度救助一次。2023 年度申请救助截止时间为 2024 年 1 月 31 日, 以县(市、区)红十字会收到申请资料时间为准, 逾期不予受理。

五、救助流程

(一) 申请人向户籍所在地的县(市、区)红十字会提交《福建省红十字会悦基金救助申请表》及身份证明、家庭困难证明、医疗费用等相关材料。

(二) 县(市、区)红十字会对申请人提供的资料进行审核, 将符合条件的材料报送设区市红十字会复核。不符合申请条件的, 需向申请人告知理由并做好解释工作。

(三) 设区市红十字会对申请人提供的材料进行复核汇总, 而后报送福建省红十字会悦基金管理委员会进行评审。同时将《福建省红十字会悦基金救助对象汇总表》电子版发送至省红十字会邮箱 56319163@qq.com。

(四) 基金管理委员会定期召开评审会, 对申请对象进行评审,

确定救助名单及救助金额。

(五) 评审结果在网络上公示3天，接受捐赠方和社会各界监督。公示无异议后提请省红十字会党组会（执委会）研究通过后，将救助金汇转入受助人指定的银行账户。同时，做好回访工作。

六、有关要求

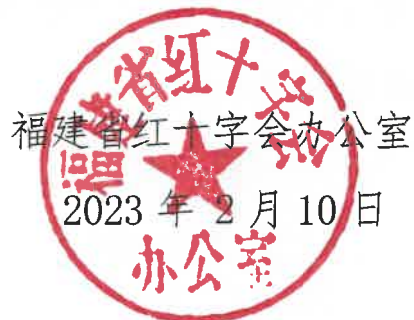
(一) 积极做好宣传工作。各级红十字会要利用各种宣传平台，宣传“悦基金”救助项目的救助病种、救助对象、救助标准、申请流程等，让更多的困难群众了解“悦基金”救助项目。

(二) 做好救助服务工作。要向申请救助的困难群众做好一次性告知解释工作，指导申请人如实填写《救助申请表》。

(三) 加强监督审核工作。各级红十字会要严格审核相关救助材料，认真做好申请材料的核验工作。对发现弄虚作假，骗取救助金行为的，依法依规追究责任，已发放的救助资金予以追回。

省红十字会联系人：付坚，电话：0591-87767629。

- 附件：1. 福建省红十字会悦基金管理办法（暂行）
2. 福建省红十字会悦基金救助申请表
3. 福建省红十字会悦基金人道救助对象汇总表



附件 1

福建省红十字会悦基金管理办法（暂行）

为规范福建省红十字会悦基金（以下简称：悦基金）管理，根据《中华人民共和国红十字会法》《中国红十字会捐赠工作管理办法》《中国红十字会专项公益基金管理办法》等法律法规和有关规定，制定本办法。

第一条 悦基金是由福建悦港琴湾餐饮管理有限公司发起设立，致力于救助福建省困难家庭先天性食管闭锁、先天性胆道闭锁患儿，使他们得到及时有效救治，是专项公益基金，在福建省红十字会博爱工程基金账户中设立独立科目，单列核算。

第二条 悦基金遵循“尊重捐赠意愿，坚持量入为出，实施有限救助”基本原则。

第三条 救助对象

具有福建省户籍、患有先天性食管闭锁、先天性胆道闭锁的困难家庭 0-14 周岁的患儿。其中，困难家庭的认定需由救助对象户籍所在地的街道（乡镇）及以上相关部门出具困难家庭证明。

第四条 救助标准

（一）实行分档救助，具体为：救助对象在当年度 1 月 1 日至 12 月 31 日期间（以出院结算时间为准）住院治疗而产生的大额医疗费用，扣除现行医疗保障制度及补充医疗保险、以及个人商业保险

报销后的个人负担总费用，超过1万元、小于3万元（含），给予救助1万元；超过3万元，给予救助2万元。原则上每人每年度救助1次。

（二）对特殊困难家庭救助对象根据其实际情况，酌情提高救助标准或救助次数，特殊困难家庭救助对象由福建省红十字会悦基金管理委员会进行审批认定。

第五条 救助申请

（一）申请人须在公立医院进行医治，方可提出该专项基金的救助申请。

（二）申请人向户籍所在地的县（市、区）红十字会提交《福建省红十字会悦基金救助申请表》及身份证明、家庭困难证明、医疗费用等相关材料。

（三）县（市、区）红十字会对申请人提供的资料进行审核，将符合条件的材料报送设区市红十字会复核。不符合申请条件的，需向申请人告知理由并做好解释工作。

（四）设区市红十字会对申请人材料进行复核汇总后报送福建省红十字会悦基金管理委员会进行审批。

（五）基金管理委员会定期召开评审会，对申请对象情况进行终审，确定救助名单及救助金额。

(六) 评审结果向社会公示3天，接受捐赠方和社会各界的监督，公示无异议后并报省红十字会确定后，省红十字会将救助金汇入受助人指定的账户，原则上救助金每季度集中拨付一次。

第六条 基金管理

(一) 福建省红十字会悦基金管理委员会（以下简称基金管理委员会）为该基金的决策机构，主要职责是研究提出专项基金的使用方向、年度资助计划等，负责认定特殊困难家庭救助对象、基金救助申请审批、监督专项基金使用和救助审核程序等重大事项。

(二) 福建省红十字会为日常管理机构，按照相关法律法规及制度对基金行使监管权，以确保筹资和资助管理工作规范有序地开展。基金管理委员会下设办公室，设在省红十字会承办业务部室，负责基金救助申请审核、资金拨付等日常工作。

(三) 基金不以独立组织的名义展开募捐、与其他组织和个人签订协议或开展其他活动。

第七条 监督检查

(一) 申请人必须如实填写《申请表》和提供真实的相关资料，并承诺救助款全部用于支付患儿医疗及生活费用。有关部门应严格、认真审核。发现弄虚作假，骗取救助金行为，将依法依规追究责任，已发放的救助资金予以追回。

(二) 省红十字会对受助人进行不定期的回访，跟踪了解受助人治疗及救助资金使用情况；建立健全救助工作核查和追索、透明

公开制度，确保救助资金使用安全、合理，并向社会公布救助情况，同时向捐方反馈基金运转情况。

（三）加强专项基金专户管理，确保专款专用，并接受政府主管部门、捐赠人以及社会的监督和审计。

第八条 本办法由福建省红十字会负责解释。

第九条 本办法自 2021 年 6 月 9 日起施行。

附件 2

编号： 2023 - _____

福建省红十字会悦基金救助申请表

申请人姓名： _____ 身份证号码： _____

性 别： _____ 社保卡号： _____

监护人姓名： _____ 与申请人关系： _____

家庭电话： _____ 手 机： _____

户籍所在地： _____ 省（市、区） _____ 市 _____ 县 _____ 乡（镇） _____ 村

通讯地址： _____ 省（市、区） _____ 市 _____ 县 _____ 乡（镇） _____ 村

邮 编： _____

申请告知书

1. 福建省红十字会悦基金（以下简称“悦基金”），用于救助我省困难家庭患先天性食管闭锁、先天性胆道闭锁的 0-14 周岁儿童，由省红十字会负责筹集、管理和使用。

2. 符合条件的申请对象，应如实填写申请表，同时必须提供家庭困难情况证明（需由乡镇、街道以上政府部门出具）复印件，以及由治疗医院出具并加盖医院有效印章的疾病及费用证明材料（疾病诊断书、住院病历首页、治疗费用发票、出院小结、医保结算单等）。

3. 申请人必须保证所提供资料的真实性，如发现有不实情况，红十字会将不予受理或收回救助金并追究相关责任。原则上每人每年度救助一次。

4. 申请时必须提供申请人本人姓名的银行卡或存折账号，救助金将由省红十字会直接汇入此银行账户。为便于接受社会监督，符合条件的受助对象及救助金额等将通过省红十字会网站公示，受助对象的其他情况因工作需要也将通过相关媒体对外公布。

5. 本申请表的接收并不代表一定能获得救助。受理申请和评审认定可能需要进一步要求您补充提供相关证明。申请资料一经受理将不予退回。如您符合条件并获得了救助，请在收到救助金后，及时告知受理申请的红十字会。

6. 获得救助的申请人（监护人），有责任和义务为各级红十字会提供必要的配合相关宣传活动的文字、照片、影像等资料，并同意使用所提供的资料。

我确认已经阅读和知悉了以上全部条款，并同意所有申请规定。

申请人（监护人）签名：

年 月 日

以下各栏由申请人填写, 如有 <input type="checkbox"/> 所标项目, 请在对应的 <input type="checkbox"/> 内打“√”				
疾病诊断	<input type="checkbox"/> 先天性食管闭锁 <input type="checkbox"/> 先天性胆道闭锁 <input type="checkbox"/> 其他_____			
家庭主要成员情况	姓名	年龄	与申请人关系	工作或学习单位
家庭经济情况	户籍性质	<input type="checkbox"/> 农业 <input type="checkbox"/> 非农业	家庭总人口数(人)	
	主要收入来源			
	家庭年收入(元)		人均年收入(元)	
参加医保、商业保险和接受其他救助情况	<input type="checkbox"/> 已参加城乡医保		<input type="checkbox"/> 已参加商业医疗保险	
	<input type="checkbox"/> 已接受民政医疗救助		<input type="checkbox"/> 已接受其他社会救助	
申请悦基金救助理由	<p style="text-align: right;">申请人或监护人签名: _____ 年 月 日</p>			
申请人账户名		开户行		
申请人银行卡或存折号				

以下栏目由县（市、区）红十字会填写

医治医院		医院性质	<input type="checkbox"/> 省属公立医院	<input type="checkbox"/> 市属公立医院
治疗总费用 (元)				
已报销、补偿和获得救助情况	城乡医保报销(元)		民政救助(元)	
	商业医疗保险报销(元)		其他单位及社会救助(元)	
已报销、补偿和获得救助金额合计 (元)			个人负担费用(元)	
审核、审批结果				
县(市、区)红十字会初审意见	负责人签名: _____ 联系电话: _____ 年 月 日 (单位公章)			
设区市红十字会复核意见	负责人签名: _____ 联系电话: _____ 年 月 日 (单位公章)			
省红十字会复审意见	申请人符合救助条件, 按标准发放救助金额_____元。 负责人签名: _____ 年 月 日 (单位公章)			

证明材料粘贴单

温馨提示:

申请人需提供以下材料并按顺序粘贴:

1. 身份证明材料:

- ①申请人的医保卡、户口簿首页及本人页复印件;
- ②监护人身份证和户口簿复印件;
- ③申请人与监护人关系证明材料。

2. 困难家庭证明(有相关证件提供复印件, 开具的证明需提供原件):

- ①政府部门认定的困难证件材料复印件;
- ②救助对象户籍所在地的乡镇、街道及以上相关部门出具的困难家庭证明原件, 残疾人家庭需同时提供残疾证明材料复印件。

3. 患儿本人银行卡或存折复印件。

4. 医疗单据:

以下三种票据均为合格

- ①医疗机构开具的医疗收费票据原件;
- ②加盖医保部门公章的医保结算单原件;
- ③商业保险理赔单原件及原始医疗票据复印件并加盖保险公司公章。

5. 疾病住院证明材料原件(或加盖医院公章的复印件):

- ① 疾病诊断书;
- ② 住院病历;
- ③ 出院小结。

附件 3

福建省红十字会悦基金人道救助对象汇总表

报送单位 (盖章):

序号	申请人姓名	身份证号码	医保卡号	监护人	联系电话	住址	家庭情况	疾病诊断	治疗总费用 (元)	已报销救助 (元)	个人支付 (元)	银行卡号	银行开户行	救助金额	申请时间

