福建省红十字会
福建省卫生和计划生育委员会 文件

闽红〔2018〕50号

关于开展福建省红十字光明天使救助行动的通知

各设区市红十字会、卫计委，平潭县红十字会，平潭综合实验区卫计局：

为弘扬“人道、博爱、奉献”的红十字精神，切实帮助我省贫困白内障患者，提高患者生活质量，省红十字会、省卫计委联合我省部分爱心单位成立专项基金，在全省开展红十字光明天使救助行动。现将有关事项通知如下：

一、救助对象

福建省常住人口，经义诊筛查符合白内障复明手术条件的以下五类贫困家庭患者：

（一）建档立卡贫困家庭人员；

（二）城乡低保家庭人员；

（三）残疾人困难家庭人员；

（四）低收入家庭人员；

（五）其他生活困难家庭人员。

二、救助标准

救助标准为每例患者1500元。个人自付部分不足1500元的按个人实际自付金额予以救助，个人自付部分超出1500元的按1500元予以救助。

三、救助流程

（一）义诊筛查。根据各地定点救治医院义诊时间安排，各县（市、区）红十字会组织本辖区内贫困白内障患者携带身份证原件到就近筛查地点进行免费摸底检查。

（二）申请审核。主要由各地定点救治医院对筛查确诊的白内障患者，根据救助条件进行严格审核，符合救助条件的患者需填报《福建省红十字光明天使基金救助申请表》，并提供相关困难证明。

（三）入院手术。符合救助条件的患者携带《福建省红十字光明天使基金救助申请表》和相关困难证明材料，到就近的定点救治医院进行手术治疗或由患者所在县（市、区）红十字会协助安排患者到就近的定点救治医院实施白内障复明手术，接诊的定点救治医院对患者提供的申请表和相关材料进行审核，安排患者手术。

（四）实施救助。由定点救治医院按批次提供完整救助名单、申请表及表内要求提供的相关资料、医疗病历和费用清单等材料，

报送省红十字会审核通过后，按符合救助条件的患者例数和救助标准，由红十字光明天使基金实施救助，救助款转入定点收治医院账号，由收款医院给省红十字会开具正规发票。

四、定点医院

（一）厦门大学附属厦门眼科中心

（二）福州眼科医院

（三）华厦眼科医院集团泉州眼科医院

（四）南平华厦眼科医院

（五）龙岩华厦眼科医院

（六）宁德华厦眼科医院

（七）华厦眼科医院集团莆田眼科医院

（八）华厦眼科医院集团三明眼科医院

（九）漳州华厦眼科医院

（十）福州东南眼科医院

（十一）福安东南（眼科）医院

五、其它事项

（一）省红十字会负责福建省红十字光明天使基金的管理及监督使用，对审核确认符合救助条件的对象提供救助。

（二）省内的各地定点救治医院负责开展眼部科普宣传、义诊、眼疾初筛以及手术的实施，负责收集拟救助对象的申请表及相关资料并报送省红十字会。

（三）各地红十字会配合做好义诊初筛工作，协助安排救助对象到就近的定点救治医院实施白内障复明手术。

省红十字会联系人：顾江，电话：0591-87763352。

省卫计委联系人：伍越，电话：0591-87850554。

附件：福建省红十字光明天使基金救助申请表

福建省红十字会　　福建省卫生和计划生育委员会

2018 年 6 月 8 日

福建省红十字会办公室　　2018 年 6 月 8 日 印发

附件

福建省红十字光明天使基金救助申请表

<table>
<tr><td>申请人姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>民族</td><td></td></tr>
<tr><td>身份证号</td><td colspan="3"></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>家庭住址</td><td colspan="3"></td><td>邮政编码</td><td></td></tr>
<tr><td>委托人姓名</td><td colspan="2"></td><td>关系</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>身份证号</td><td colspan="2"></td><td>电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>家庭人口</td><td colspan="2"></td><td>家庭年收入</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>定点治疗医院</td><td colspan="2"></td><td>联系人及电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>医保情况</td><td colspan="2"></td><td>补助金额</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>本人或监护人申　请</td><td colspan="5">申请人：
年　月　日</td></tr>
<tr><td>定点治疗医院审核意见</td><td colspan="5">（盖　章）
年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>省红十字会审批意见</td><td colspan="5">（盖　章）
年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>需提交资料</td><td colspan="5">①申请人身份证或户口本复印件
②申请人城乡居民医保卡复印件
③困难证明材料
④医疗费用清单</td></tr>
</table>