“健康仙桃光明行”公益救助活动

实 施 方 案

为深入推进“精准扶贫”工作，促进“健康仙桃”建设。本着保护人的生命和健康，发扬[人道主义](http://www.so.com/s?q=%E4%BA%BA%E9%81%93%E4%B8%BB%E4%B9%89&ie=utf-8&src=internal_wenda_recommend_textn" \t "https://wenda.so.com/q/_blank)[精神](http://www.so.com/s?q=%E7%B2%BE%E7%A5%9E&ie=utf-8&src=internal_wenda_recommend_textn" \t "https://wenda.so.com/q/_blank)，使所有人享有眼健康权利，仙桃市红十字会与湖南爱眼基金联合发起“健康扶贫光明行”公益活动，针对贫困家庭中患有白内障、翼状胬肉眼病的患者，实施公益援助活动，具体实施方案如下。

一、活动主题

健康仙桃光明行。

二、 活动目标

整个公益救助活动按三年时间（2018年10月—2020年10月）规划实施（由于疫情原因项目延续3年），为市直各单位、社会团体认定的6000名白内障、翼状胬肉贫困患者免费手术治疗。

三、救助对象

患有白内障、翼状胬肉的仙桃籍（参加了仙桃市居民医保）的贫困户、低保户、五保户、残疾人、享有政府抚恤和生活补贴待遇的人员。

四、资金来源及救助方式

1、救助费用由湖南爱眼基金会捐赠300万元到仙桃市红十字会用于救治白内障、翼状胬肉眼病患者，后期根据实际救助人数可追加公益基金款。

2、患者住院费用由医保基金正常报销、民政医疗救助后，自付部分不足500元的由手术承办医院减免；超过500元的由仙桃市红十字会按500元/例给予补贴，其余部分由手术承办医院减免。

五、手术定点医院

白内障、翼状胬肉手术由仙桃爱尔眼科医院具体实施。

六、活动实施步骤

（一）启动时间：2018年救助活动10月23日开始启动。

（二）办理申报：1.由各镇卫生院、社区卫生服务中心负责宣传并组织当地贫困眼疾患者报名参与；2.患者经所在村（居）委会（或所在单位）核实贫困身份后；3.由仙桃爱尔眼科医院组织医疗队到各卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心对患者进行全面术前筛查，确定符合手术条件的贫困患者；4.分批次接送患者到医院安排公益复明手术治疗。

（三）申报资料：经筛查符合手术条件的受助人，需提供身份证复印件，并填写仙桃市红十字会“健康扶贫光明行”救助申报表，报仙桃市红十字会审核存档。

七、工作要求

（一）提高思想认识。实施“健康扶贫光明行”是助推精准扶贫、健康仙桃的积极举措，各相关部门要形成思想共识，加强组织领导，持续积极推动，确保活动扎实有效开展。

（二）加大宣传力度。要通过镇村两级层层发动使“健康扶贫光明行”活动深入人心，使每一位患者特别是城乡困难群众患者全面知晓公益救助活动内容和具体申报流程，以及享受的各类补贴政策，及时确保患者得到有效的检查治疗，确保广大贫困患者切实受益。

（三）严格审核把关。各镇（街道、场、园、区）扶贫办，人社服务中心，民政办，医疗卫生计生单位，红十字会要严格按照活动对象要求，对准备接受手术治疗人员的资格进行认真核查，明确救助政策。对不符合享受救助减免条件的眼疾患者要做好耐心细致的解释工作。具体工作情况将纳入年度工作考核中。

（四）坚持规范操作。公益活动执行机构要加强医疗技术力量配备，严格规范医疗行为，确保相关医疗行为严谨规范，有效杜绝医疗纠纷发生。要通过救助活动的深入开展，确保符合手术指针的眼疾患者得到光明康复，确保活动取得实效。

**本公益活动联系人：汪亚 联系电话：13907223354**

**邮箱：245719054@qq.com**

附件：1.仙桃市红十字会“健康扶贫光明行”救助申报表

2.贫困/低收入证明

3.“健康扶贫光明行”受助患者统计表

附件1

仙桃市红十字会“健康扶贫光明行”救助申报表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **患者姓名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  |
| **身份证号** |  | | **联系电话** |  | |
| **家庭地址** |  | | | | |
| **申请人**  **类别** | □城乡残疾人 □城乡低保户/重点优抚对象 □建档立卡户 □城乡贫困家庭 □城乡五保户 | | | | |
| **享受医疗**  **保险情况** | □享受城镇职工基本医疗保险 □享受城镇居民基本医疗保险  □享受新型农村合作医疗保险 □享受医疗救助  □享受其他医疗保险 □无医疗保险 | | | | |
| **病情描述** |  | | | | |
| **红十字会救助额度：** | | | | | |
| **申请人或监护人（签字）：** | | | | | |
| **村（居）会**  **核实意见** | 单位公章  核实人签字： 联系电话： 年 月 日 | | | | |
| **市红十字会审核意见** | 单位公章  核实人签字： 年 月 日 | | | | |
| **备 注** | **需附材料：**  1、个人申请：身份证（户口本）复印件；  2、患者贫困证明、残疾人证明、家庭情况照片证明、社区或民政开具的家庭低保/低收入证明；  3、已由媒体报道过的相关图片/媒体素材；  4、诊断病例或必要的病史证明材料；  5、医院开具的治疗费用发票。 | | | | |

附件2

贫 困 / 低 收 入 证 明

兹有仙桃市 区 街道办 社区，姓名 ，性别 ，年龄 岁，身份证号码 ，家庭经济条件低 □ 残疾 □ 无经济来源□ 无完全缴纳手术费用能力 □其他

情况属实，特此证明。

（ “健康扶贫光明行”眼病救助项目专用）

（村委会/居委会）盖章

年 月 日

附表3

“健康扶贫光明行”受助患者统计表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 性别 | 年龄 | 眼别  左/右 | 病种 | 身份证号 | 联系方式 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |