鹤山市红十字会救助指南

(2024年4月)

红十字会是从事人道主义工作的社会救助团体，是党和政府在人道领域的助手和联系群众的桥梁纽带。为更好地履行人道职责，惠及更多困难群众，特制定本指南。

一、人道救助为一次性资助，申请人在同一年内以同一事由重复申请救助的，无正当理由的不予批准。

二、“关爱生命”重大疾病困难群众救助项目

“关爱生命”重大疾病困难群众救助项目是由“中国红十字人道勋章”获得者、鹤山市红十字会名誉副会长关杰初先生定向捐款，专项用于救助重大疾病困难群众的公益项目。

**（一）救助对象**

申请人患重大疾病或特殊疾病，在扣除基本医疗保险、大病保险、各类补充医疗保险、商业保险（**邑康保**）报销和医疗救助以及其他社会帮扶后，因支出过大，导致家庭生活困难的。

**（二）救助标准**

1.按患者自付医疗费用的60%予以救助，救助额度不超过50000元。

2.申请对象如果是低保、特困供养人员、孤儿等的，按个人自付医疗费用的100%予以救助，救助额度不超过50000元。

注意事项：自付医疗费用原则上按申请之日计算前12个月内，经基本医疗保险、大病保险、各类补充医疗保险、商业保险报销和医疗救助以及其他社会帮扶后，余下个人需要支付的合规医疗费用（包括治疗期间医疗机构指定的非医疗保险报销目录内的必须药品）。

**（三）申请条件**

申请人及共同生活的家庭成员应符合以下条件：

1.家庭人均月可支配收入原则上不超过鹤山市年度居民人均月可支配收入；或者家庭人均月收入虽然超过鹤山市年度居民人均月可支配收入，但自付医疗费用总额超过家庭年度总收入的七成以上（含）。

2.家庭成员名下金融资产的人均金额（市值）不超过当地24个月的低保标准。

3.家庭成员名下的房屋产权（指普通住宅、公寓）总计不超过2套（含），且名下无产权商铺；但家庭成员总计已拥有2套产权房屋，同时拥有父辈以上留下的农村祖屋、泥砖房且申请家庭成员不作居住或出租的，不认定为超过住房标准。

4.家庭成员名下拥有汽车总计不超过1辆，但拥有车龄10年以下排气量超过2.0升（含）的小汽车、黄牌客车、货车视为超标。

5. 家庭成员名下没有商事登记信息；无雇员的夫妻小作坊、小卖部（不含销售高档烟酒、奢侈品）除外。

**（四）申请材料**

1.填写完整的《“关爱生命”重大疾病困难群众救助项目申请表》《申请救助家庭经济状况查询核对委托书》（可登陆鹤山市红十字会官方网站下载，或向户籍所在地镇（街）公共服务办领取表格）。

2.申请人家庭成员户口簿、身份证复印件。

3.申请人及其共同生活的家庭成员属于法定劳动年龄的，需提供务工单位出具的收入证明。

4.诊断证明、收费明细清单、医疗收费发票、基本医疗保险审批表或结账单、定点医疗机构复式处方或定点零售药店购药发票等能够证明合规医疗费用的有效凭证。

5.享受基本医疗保险以外等政策性补偿、补助的凭证，参加商业险理赔的报销情况凭证。

6.申请人（家属）开户银行账号复印件。

**（五）办理流程**

各镇（街）在收到救助申请后，应当在村（居）民委员会协助下，入户调查申请人家庭实际情况（附**入户调查相片**），并通过“广东省民政厅底线民生信息化核对管理系统”的“医疗救助”模块生成救助对象家庭经济状况核对报告，核查有关情况。符合条件的申请材料报市红十字会审批。

**（六）已获得本项目救助的，不能以同一理由申请鹤山市红十字会的“爱在天地间”项目救助。**

三、“一元爱心日”救助项目

**（一）项目名称和救助对象**

**1.救心行动。**救助对象为：贫困家庭先天性心脏病患者；我市70周岁以下，贫困家庭风湿性心脏病患者。

**2.爱在天地间。**救助对象为**：**患重大疾病而导致生活困难者。

重大疾病是指医治花费较大且在较长一段时间内严重影响患者及其家庭的正常工作和生活的疾病，一般包括：恶性肿瘤、严重心脑血管疾病、需要进行器官移植手术或造血干细胞移植手术等，有可能造成终身残疾的伤病、深度昏迷、永久性瘫痪、严重脑损伤等国家规定的重大疾病或特殊疾病。

**（二）申请条件**

申请人共同生活的家庭成员的全部收入及名下财产应同时符合以下条件：

1.家庭人均月可支配收入原则上不超过我市年度居民人均月可支配收入；

2.家庭成员名下金融资产的人均金额（市值）不超过当地24个月的低保标准；

3.名下的居住用途不动产（含住宅、公寓）总计不超过2套，且名下无产权商铺；家庭成员总计已拥有2套产权房屋，同时拥有的泥砖房、父辈以上留下农村祖屋且申请家庭成员不作居住或出租的，不认定为超过住房标准；

4.名下拥有汽车不超过1辆，但拥有车龄10年以下排气量超过2.0升（含）的小汽车、黄牌客车、货车视为超标；

5.名下没有商事登记信息；无雇员的夫妻小作坊、小卖部（不含销售高档烟酒、奢侈品）除外；

非鹤山市户籍的外来人员，在本市长期就业和生活，连续缴纳社会保险1年以上的，符合上述申请条件的家庭或个人，可申请困难群众救助。

**（三）申请材料**

1.申请人填写《鹤山市红十字会救助申请审批表》《申请救助家庭经济状况查询核对委托书》（可登陆鹤山市红十字会官方网站、鹤山红会微信订阅号下载），所有申请资料必须真实、完整；

2.申请人家庭成员户口簿、身份证复印件；

3.申请人如果是最低生活保障对象、特困供养人员、孤儿、低收入家庭等，需复印相关证件附上；

4.因患重大疾病、遭遇重大突发事故致贫需救助的，需提供医疗机构出具的诊断证明书、医疗费用结算单据、医疗救助或报销结算单据等证明材料；

6.申请人要提供接收救助款银行账号。

**（三）办理流程**

各镇（街）在收到救助申请后，应当在村（居）民委员会协助下，对申请人家庭实际情况进行调查核实，并通过“广东省民政厅底线民生信息化核对管理系统”的“医疗救助”模块生成救助对象家庭经济状况核对报告，核查有关情况。对符合条件的救助申请，在申请人所在村（居）张贴《重大疾病救助对象审核公示表》进行公示，公示期为5天。公示无异议后，将申请材料通过**一站式惠民服务平台（联合救助系统）**报送市红十字会审批。

四、临时救助项目

**（一）救助对象及条件**

本市户籍或困难发生在本市且持有本市居住证的（如在本市学校就读的学生凭在读证明）非本市户籍人员，凡符合下列条件之一的，可以申请一次性人道救助：

1.因自然灾害（地震、水灾等）造成家庭财产重大损失，导致家庭生活陷入困境的。

2.因突发事件、意外伤害（火灾、事故等）或生活变故等导致家庭生活面临阶段性困难的。

3.因患重大疾病，经基本医疗保险、大病保险和其它补充医疗保险支付后，个人自付费用数额较大，导致家庭生活难以维持的。

4.遭遇其他特殊困难的家庭和个人。

**（二）救助标准**

依据自然灾害等紧急事件危害程度和家庭困难状况，给予受助对象3000元（含）以下临时救助金，原则上每年对同一人（家庭）的临时救助不超过2次。

**（三）申请材料**

凡自行评估认为符合临时救助申请条件的家庭或个人，可向户籍所在地或常住地村（社区）提出书面申请，填写《鹤山市红十字会临时救助审批表》（可到鹤山市红十字会官方网站下载），并如实提供以下材料。

1. 申请人家庭成员户口簿、身份证复印件；
2. 因突发事件、意外伤害（火灾、事故等）或遭受其他困难的，需提供相关部门出具的责任认定证明等证明材料；
3. 患重大疾病的，需提供医疗机构出具的疾病诊断证明原件、医疗收费发票、基本医疗保险审批表或结账单原件及复印件、定点医疗机构复式处方或定点零售药店购药发票等能够证明合规医疗费用的有效凭证；
4. 参加商业保险理赔的报销情况证明；
5. 申请人（或家属）开户银行账号复印件；
6. 其他需要提供的有关证明材料。

鹤山市红十字会

2024年4月26日

**“关爱生命”之重大疾病困难群众救助项目申请表**

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  请  人  情  况 | 姓 名 |  | | | 性别 | | |  | | 出生  年月 | | | 年 月 | | 家庭  人口 | |  |
| 身份证  号 码 |  | | | | | 政治面貌 | | | | |  | | 是否低保户或特困人员 | | |  |
| 工作单位 |  | | | | | | | | | | | | 月收入 | | |  |
| 户籍地址 |  | | | | | | | | | 联系电话 | | |  | | | |
| 家  庭  成  员  情  况 | 姓 名 | 年  龄 | | 关系 | | 健康状况 | | | 工作（学习）单位 | | | | | | | 月收入 | |
|  |  | |  | |  | | |  | | | | | | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | | | | | | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | | | | | | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | | | | | | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | | | | | | |  | |
| 申请救助理由 | 申请人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 户口所在地居  （村）委会调  查意见 | | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 镇、街  审核意见 | | | 领导签名：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 市红十字会分管  领导审核意见 | | | 签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 市红十字会常务副会长审核意见 | | | 签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 市红十字会会长  审批意见 | | | 签名：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |

注：为了配合宣传，受助群众有责任和义务向市红十字会提供并授权使用必要的照片、文字、视频、影像等相关资料。

**申请救助家庭经济状况查询核对委托书**

本人姓名 ，现申请鹤山市红十字会的重大疾病医疗救助， 委托医疗救助审核、审批机关及其指定的收入核对机构对本人及共同生活家庭成员对以下事项进行查询核对：

本人及家庭成员的收入和家庭财产情况的相关信息，包括但不限于入户调查和到公安、人力资源社会保障、住建、交通、市场监管、税务、自然资源、公积金中心、银行、保险、证券等部门、机构进行核查和信息比对。授权有效期从本人提出申请之日起至审批完成之日止。

本人及其他共同生活家庭成员保证，所提供的全部信息真实、完整，愿意接受有关部门调查，并自愿接受纳入信用信息共享平台实施联合惩戒等措施，自愿承担相应法律责任。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 承诺及授权人 | 身份证号码 | 签字（按捺指纹） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

注：有民事行为能力的救助申请家庭成员应当由本人签字并按捺指纹，限制民事行为能力或无民事行为能力的救助申请家庭成员应当由监护人签字并按捺指纹。

**鹤山市红十字会救助申请审批表**

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  请  人  情  况 | 姓 名 |  | | | 性别 | | |  | | 出生  年月 | | | 年 月 | | 家庭  人口 | |  |
| 身份证  号 码 |  | | | | | 政治面貌 | | | | |  | | 是否低保户或特困人员 | | |  |
| 工作单位 |  | | | | | | | | | | | | 月收入 | | |  |
| 户籍地址 |  | | | | | | | | | 联系电话 | | |  | | | |
| 家  庭  成  员  情  况 | 姓 名 | 年  龄 | | 关系 | | 健康状况 | | | 工作（学习）单位 | | | | | | | 月收入 | |
|  |  | |  | |  | | |  | | | | | | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | | | | | | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | | | | | | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | | | | | | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | | | | | | |  | |
| 申请救助理由 | 申请人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 户口所在地居  （村）委会调  查意见 | | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 镇、街  审核意见 | | | 分管领导签名：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 市红十字会分管领导审核意见 | | | 签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 市红十字会常务副会长审核意见 | | | 签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 市红十字会会长  审批意见 | | | 签名：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |

**鹤山市红十字会临时救助申请审批表**

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  请  人  情  况 | 姓 名 |  | | | 性别 | | |  | | 出生  年月 | | | 年 月 | | 家庭  人口 | |  |
| 身份证  号 码 |  | | | | | 政治面貌 | | | | |  | | 是否低保户或特困人员 | | |  |
| 工作单位 |  | | | | | | | | | | | | 月收入 | | |  |
| 户籍地址 |  | | | | | | | | | 联系电话 | | |  | | | |
| 家  庭  成  员  情  况 | 姓 名 | 年  龄 | | 关系 | | 健康状况 | | | 工作（学习）单位 | | | | | | | 月收入 | |
|  |  | |  | |  | | |  | | | | | | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | | | | | | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | | | | | | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | | | | | | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | | | | | | |  | |
| 申请临救理由 | 申请人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 户口所在地居  （村）委会调  查意见 | | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 镇、街  审核意见 | | | 情况属实，同意申请，望市红十字会予以临时救助\*\*元。  签名：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 市红十字会分管领导审核意见 | | | 签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 市红十字会常务副会长审核意见 | | | 签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 市红十字会会长  审批意见 | | | 签名：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |