**鹤山市红十字会**

鹤红函[2023]11号

关于印发《鹤山市红十字会临时救助

实施办法（试行）》的通知

各镇政府、沙坪街道办：

《鹤山市红十字会临时救助实施办法（试行）》经鹤山市红十字会第四届理事会第三次会议审议通过，现印发给你们，请加强宣传，认真贯彻执行，惠及更多困难群众。

鹤山市红十字会

2023年12月18日

鹤山市红十字会临时救助实施办法（试行）

为进一步规范本会临时救助工作，发挥红十字会在着力解决人民群众急难愁盼问题上的助手作用，不断推进人道救助工作高质量发展，根据《中华人民共和国慈善法》《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》等有关规定，结合本会实际，制定本办法。

一、救助原则

人道救助资金主要来自“一元爱心日”捐款，开展临时救助遵循以人为本、扶危济困、救急救命、公开公平的原则。

二、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。

三、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。

四、救助申办程序

**（一）申请**

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。

**（二）审核**

村（社区）、镇（街）审核申请人的困难情况和材料是否真实，审核符合条件的，提出审核意见（盖章），报市红十字会办公室复核，并提交会议研究。

五、救助资金的发放

对审批通过的，救助资金经银行转账直接发放到申请人（或家属）名下账户。

**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  办公室审核意见 | | | 签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 市红十字会副会长审核意见 | | | 签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 市红十字会会长  审批意见 | | | 签名：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |