

安徽省计划生育协会 人口健康基金会 文件

皖计生协〔2018〕16号

关于印发《2018年度人口健康基金救助 计划生育特别扶助家庭暂行办法》的通知

各市、县（市、区）计生协：

2018年度全省计划生育特别扶助家庭综合保险因故未能续保，为保持计划生育特别扶助对象救助与关怀工作的连续性，经研究，制定出台《2018年度人口健康基金救助计划生育特别扶助家庭暂行办法》。现予印发，请遵照执行。

各地在执行过程中如遇未及考虑的情况和问题，请及时联系省计划生育协会、省人口健康基金会。

联系人：朱霞 联系方式：0551-62998190（省计生协）；
李四雯 联系方式：0551-68137707（省人口健康基金会）。



安徽省计划生育协会



安徽省人口健康基金会

2018年10月22日

2018 年度人口健康基金救助 计划生育特别扶助家庭暂行办法

一、救助对象：2018 年 4 月 30 日前进入国家 PADIS 系统内的我省计划生育特别扶助对象（不包括手术并发症对象）的家庭成员，包括特扶对象本人及其子女。

二、救助范围：2018 年 7 月 1 日-2018 年 12 月 31 日期间，救助对象出现意外身故、意外残疾、疾病或意外住院等 3 种情况的。

三、救助标准及释义：

1. 意外身故：不足 70 周岁按 10 万元/户，由家庭成员平均享受；70 周岁及以上按 1 万元/人。

意外身故是指：①非本意的，不是本人故意行为造成的，救助对象事先不能预见，客观上不能采取措施避免的；②外来的，救助对象身体外部原因造成的事故，如车祸、被歹徒袭击、溺水、食物中毒等；③突发的，指瞬间造成的事故，没有较长过程，如落水、触电、跌落等，而如慢性劳损、骨质增生等渐进型损害则不属于突发范畴；④非疾病的，疾病所致伤害，虽不是本人事先所能预料的，但它是人体自身产生的结果，不属于意外事故。

2. 意外残疾：最高为 10 万元/户，由家庭成员平均享受。

意外残疾是指：救助对象遭受外来的、突发的、非本意的、

非疾病的客观事件直接致使的人体残疾。根据伤残分级标准，人身伤残程度划分为一至十级，最重为第一级，最轻为第十级。意外残疾救助金给付比例分为十档，伤残程度第一级对应的救助金给付比例为 100%，伤残程度第十级对应的救助金给付比例为 10%，每级相差 10%。

3. 住院补贴： 80 元/天/人，最高不超过 7200 元/户。

住院补贴是指：救助对象因疾病或意外伤害在二级以上医院住院医疗的，住院补贴金每人每天 80 元，按实际住院天数给付（每户家庭成员累计不超过 90 天）。

四、申报材料：

1. 个案申报表；
2. 项目拨款报告；
3. 项目花名册；

4. 证明材料。意外身故需提供：①卫生行政部门认定的二级以上医疗机构、公安部门或其他相关机构出具的死亡证明；②公安等有权部门出具的意外事故证明；

意外残疾需提供：①卫生行政部门认定的二级以上医院或鉴定机构出具的伤残程度资料或身体伤残程度鉴定书；②公安等有权部门出具的意外事故证明；

住院补贴需提供：①卫生行政部门认定的二级以上医院出具的本人住院小结；②本人住院期间治疗费用发票。

以上所有证明材料提供复印件即可。

五、申报流程：通过“安徽省计生协/人口健康基金信息管理系统”申报，即：村级收集并录入、上传个案申报表、证明等相关材料→乡级审核并上报→县级审核上报→市级审批→省级备案。同时，所有纸质材料须报县、市级存档。

六、资金来源：项目县的救助资金从项目经费中列支，非项目县参照执行。

七、审核监督：1. 各地计生协对照申报材料要求，认真收集此次救助范围内的个案资料，严格审核相关证明材料，谁签字谁负责，做到材料齐全有效，审批签字完备。

2. 按照申报流程，及时上传申报材料及其附件，做到项目管理规范，基金使用合规，通过管理系统实现跟踪备查，监督指导。

八、本办法由安徽省计划生育协会、安徽省人口健康基金会负责解释。

附件：1. 安徽省人口健康基金会计划生育特别扶助家庭救助个案申报表

2. 安徽省人口健康基金会计划生育特别扶助家庭救助花名册

附件 1

安徽省人口健康基金会
计划生育特别扶助家庭救助个案申报表（县级存档）

编号：

申请人姓名 (特扶对象)	户口性质	身份证号码	户籍管理地
被救助人员姓名	与申请人关系	身份证号码	
联系电话		计生家庭类型	
救助金额		持卡人姓名	
一卡通账号		持卡人与被救助人员关系	
申 请 理 由	发生时间： 年 月 日		
	救助类型：意外身故 <input type="checkbox"/> 意外伤残 <input type="checkbox"/> 疾病或意外住院补贴 <input type="checkbox"/>		
	事由：		
	疾病或意外住院时间： 年 月 日 出院时间： 年 月 日 住院天数： 天		
村级初审意见：	负责人签字： (盖章) <div style="text-align: right;">年 月 日</div>		
乡级审核意见：	负责人签字： (盖章) <div style="text-align: right;">年 月 日</div>		

附件材料清单：1、意外事故证明；2、死亡证明；3、伤残程度鉴定书；4、住院小结；5、住院发票；6、其他。

附件 2

安徽省人口健康基金会计划生育特别扶助家庭救助花名册

项目名称：_____

市 县（市、区）

填表时间： 年 月 日

序号	姓名	性别	身份证号码	家庭 类 型	户籍所在地	救助理由	救助金额 （元）	一卡通账号	联系电话	备注
合计										

注：“项目名称”可根据申报类型填写以下 3 种：意外身故、意外残疾、住院补贴。

项目官员签字：

项目责任人签字：

计生协公章：