

# 宣城市红十字会文件

宣红发〔2021〕18号

## 关于印发宣城市红十字会“博爱宣城·光明视界”项目管理办法（试行）的通知

宣州区、郎溪县、宁国市红十字会：

宣城市红十字会“博爱宣城·光明视界”项目由安徽创鼎医疗用品有限公司捐赠设立，专项救助在我市眼疾困难人群。项目自2021年12月起启动，其中宣州区、郎溪县、宁国市为首批项目实施点。

为规范项目管理，我会制定了《“博爱宣城·光明视界”项目管理办法（试行）》，现予印发，请认真组织实施。



抄：宣城康视眼科医院

# 宣城市红十字会“博爱宣城·光明视界” 项目管理办法（试行）

为尊重捐赠方意愿，保护受益方权益，加强规范项目管理，根据《中华人民共和国红十字会法》《中华人民共和国公益事业捐赠法》，特制定本办法。

一、市红十字会负责“博爱宣城·光明视界”项目管理工作，相关县市区红十字会负责资助对象申请、审核和项目实施过程中的监督工作。

二、“博爱宣城·光明视界”基金实行专户管理，遵循专款专用，量入为出原则。

三、救助对象需同时具备以下条件：

- （一）具有宣城市常住户口且参加基本医疗保险；
- （二）属于五保户、低保户、已脱贫的精准扶贫户等生活困难的眼疾人群；
- （三）在项目定点医院诊治的白内障、翼状胬肉手术治疗患者及倒睫、上睑下垂、青光眼等需医治的困难人群。

四、基金资助标准：

在项目定点3所医院（即宣城康视眼科医院、郎溪华益眼科医院、宁国眼视光眼科医院）住院的医疗费用，资助额为经当地医保机构报销后的个人支付医疗费用，即非医保报销部分。

五、患者需提交以下申请材料：

- （一）《博爱宣城·光明视界基金申请表》；

(二) 身份证复印件

(三) 医药费票据复印件。

#### 六、基金申请和结算办法:

(一) 符合申请条件的患者, 填写《博爱宣城·光明视界基金申请表》, 分别经所在村委会(社区)、乡镇(街道)、县市区红十字会核实信息后签署意见盖章;

(二) 项目定点医院负责诊治信息告知和相应正确诊治等事项;

(三) 救助对象在办理费用结算手续时, 项目定点医院按照本办法有关规定, 直接减免救助部分的医疗费用;

(四) 项目定点医院每月定期向宣城市红十字会提交《博爱宣城·光明视界基金救助情况明细表》、救助对象基金申请表原件及治疗费用(含医保结算)支出票据复印件等相关材料;

(五) 宣城市红十字会复审确认后 5 个工作日内支付“博爱宣城·光明视界基金”到宣城康视眼科医院项目专户。

七、接受该项目基金资助的患者, 可凭定点医院出院小结和本人身份证到实施地红十字会领取交通补助 50 元(以患者及陪护者各 1 人为标准), 此费用在该基金工作经费中支出。

八、实施地红十字会不承担救助对象在定点医院因医疗事故而发生的法律责任。

九、本办法由宣城市红十字会负责解释。

## 博爱宣城·光明视界基金申请表

姓名		性别		年龄		联系电话	
身份证号码			家庭住址				
申请条件	申请人需为宜城市常住户口且参加城乡居民基本医疗保险						
<p>因本人家庭经济情况（<input type="checkbox"/>五保户 <input type="checkbox"/>低保户 <input type="checkbox"/>家庭经济困难），现本人申请免费白内障等手术治疗，特此申请。</p> <p>申请人签字：_____年 月 日</p> <p>申请人家属签字：_____年 月 日</p>							
村委会 (社区) 意见	经办人签字：_____ (公章) 年 月 日		乡 镇 (街道) 办事处 意见	经办人签字：_____ (公章) 年 月 日			
医院意见	<p>白内障<input type="checkbox"/> 翼状胬肉<input type="checkbox"/> 倒睫<input type="checkbox"/> 上睑下垂<input type="checkbox"/> 青光眼<input type="checkbox"/></p> <p>视力情况：右眼（ ） 左眼（ ）</p> <p>1.能手术： 右眼（ ） 左眼（ ）</p> <p>2.不能手术（ ）</p> <p>手术时间：_____（公章）</p> <p>医生签字：_____年 月 日</p>						
县 市 区 红十字会 审核意见	审核人签字：_____ (公章) 年 月 日		宣 城 市 红十字会 审核意见	审核人签字：_____ (公章) 年 月 日			

### 备注：

- 1.此表申报时一式两份，经审核后，市红十字会和宣城康视眼科医院各一份。
- 2.家庭经济情况直接在□里面打√。
- 3.咨询电话：0563-3290000