

浙江省青少年发展基金会

浙青基〔2019〕5号

关于开展“向阳花基金”助力脱贫攻坚 助医行动资助工作的通知

吉林、湖北、重庆、四川、贵州、西藏、青海、新疆、新疆生产建设兵团青少年发展基金会：

为贯彻落实中央关于打赢脱贫攻坚战三年行动和浙江省委、省政府打赢脱贫攻坚战三年行动的决策部署，围绕团十八大确定的目标，结合浙江助力东西部扶贫协作和对口支援工作任务，2019年，浙江省青少年发展基金会将联合浙江人民广播电台城市之声、浙江人民广播电台音乐调频、蚂蚁金服公益平台在吉林、湖北、重庆、四川、贵州、西藏、青海、新疆等8个省（区、市）开展脱贫攻坚助医行动。现将资助工作及相关事宜通知如下：

一、资助对象

脱贫攻坚助医行动的资助对象为实施地区2018年1月至2019年11月期间，在县级以上公立医院住院治疗的0-18周岁家庭经济困难患病青少年。其中，优先资助浙江对口支援和东西部扶贫

协作地区建档立卡户青少年。

二、资助标准

1. 项目资金总额为 500 万元，由浙江省青基会“向阳花少儿医疗救助基金”提供专项资金。

2. 浙江省青基会根据金额分配情况（附件 1）向各省级青基会（以下简称实施地青基会）安排预算资金。各省在结算截止日期（2019 年 11 月 10 日）前未使用完毕的资金，浙江省青基会将统筹安排给有需求的地方。

3. 项目用于资助家庭经济困难患病青少年自理、自费、自负医疗费用，标准为上述费用的 50%，原则上每人资助一次，最高不超过 2 万元。

4. 患病青少年具体资助金额由实施地青基会根据医院住院收费票据实际数额确定，以百元作为计算单位。

三、申请条件

1. 申请资助青少年及其监护人自愿填写申请表（附件 2），并提交监护人、患病青少年户口本、身份证（或出生证明）、医院住院收费票据复印件等。

2. 申请资助青少年及其监护人须保证所有申报资料的真实性和完整性。对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，将不予资助；如已获资助，将依法追索其获得的全部资助款。

3. 因信息公开、筹资宣传和社会监督需要，申请资助青少年家庭有义务配合做好相关调查核实、采访等工作，浙江省青基会

等单位有权在法律允许的范畴之内谨慎使用其信息、照片和影像等资料。

四、资助程序

1. 申报。由实施地青基会和各级团委按照“公开、公平、公正”和“精准扶贫”的原则负责当地活动的信息发布、热线电话接听等。符合受助条件的患病青少年及其监护人自愿申请并向所在地团委提供书面申报材料。

2. 审核。所在地县级团委按照“以人为本、有效救助”原则和资助条件、优先次序对申请资料进行初审，通过后提交县级扶贫主管部门对建档立卡情况予以确认，无异议后上报实施地青基金会终审。

3. 终审。实施地青基金会终审确认后填写结算表（附件3），并附申请表原件，寄至浙江省青基金会备份。

4. 资助。浙江省青基金会根据结算表将资助款划拨至实施地青基金会账户，实施地青基金会应采取“银行直通车”形式，将资助款一次性划入患病青少年本人（或监护人）账户。划拨完毕将收款收据原件和拨款票据、盖有银行结算章的划款明细（需和结算表一一对应）复印件加盖财务章寄至浙江省青基金会。

五、项目宣传

1. 实施地团委和青基金会根据项目进展情况做好项目的发动和宣传工作。

2. 请实施地团委和青基金会每季度以文字、图片、影像等形式向浙江省青基金会提供3个以上的典型案例或报道，案例介绍字数不

少于 500 字，每个案例图片不少于 3 张。

3. 项目结束后，实施地青基金会需将本地区活动开展情况的总结性报告、影像资料、相关媒体报道等资料寄至浙江省青基金会。

六、其他事项

1. 请实施地青基金会确定项目联系人，及时与浙江省青基金会结算，并于 2019 年 11 月 10 日前完成全部结算工作。

2. 实施地青基金会应建立受资助青少年档案，长期保存完整资料，以备捐方、新闻媒体和社会各界的监督和检查。

3. 以上事项如有不明之处，请及时与浙江省青基金会助学助医部联系。浙江省青基金会联系人：何建亚、黄维娜，联系地址：浙江省杭州市文二路 188 号浙江省团校西楼，邮编：310012，电话：0571-87027471、13588449440（微信）。

附件：

1. 脱贫攻坚助医行动金额分配表
2. 脱贫攻坚助医行动申请表
3. 脱贫攻坚助医行动受助青少年结算表

浙江省青少年发展基金会

2019 年 4 月 8 日

附件 1

浙江省青少年发展基金会脱贫攻坚助医行动金额分配表

序号	省（区、市）	资助金额（万元）
1	吉林	50
2	湖北	100
3	重庆	50
4	四川	100
5	贵州	80
6	西藏	20
7	青海	20
8	新疆	60
9	新疆生产建设兵团	20
合计		500

备注：各实施地青基金会依据实际需要使用，如在规定时间内未使用，由浙江省青基金会统筹安排使用。

附件 2

浙江省青少年发展基金会脱贫攻坚助医行动申请表

青少年姓名		出生年月		性别	
疾病名称		就诊医院（县级以上公立医院）		住院号	
住院费（元）		个人自理、自负、自负费用（元）			
监护人姓名		手机		与患者关系	
工作单位				单位电话	
家庭地址				社区、村委会电话	
银行账户信息	户名	（须为监护人或患儿本人开户）			
	开户银行 （具体至支行）				
	银行账号（卡号）				
患儿病情及家庭贫困情况 （可另附页）					
县扶贫主管部门确认盖章	情况属实。 （公章） 年 月 日		所在地县级团委确认盖章	情况属实。 （公章） 年 月 日	
实施地省级青基会终审盖章确认	经审核，决定资助人民币_____元（大写）， ¥_____元（小写）。 （公章） 年 月 日				

青少年户口本（出生证）及监护人户口簿、身份证复印件粘贴处：

县级以上公立医院住院收费票据复印件粘贴处：

备注：1. 申请表提供的信息必须真实准确。

2. 申请表由所在地省级青基会和浙江省青基会各留一份。

附件 3

浙江省青少年发展基金会 脱贫攻坚助医行动受助青少年结算表

实施地省级青基会(盖章):

序号	姓名	性别	出生年月	疾病	医院	资助金额(元)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
合计						

填表人:

填表时间:

浙江省青少年发展基金会

2019 年 4 月 8 日印
