

浙江省青少年发展基金会

浙青基〔2020〕4号

关于开展2020年度“向阳花少儿医疗救助基金”助力脱贫攻坚助医行动的通知

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：

2019年在各实施地青基金会的大力支持和热情参与下，“向阳花少儿医疗救助基金”助力脱贫攻坚助医行动的实施工作顺利完成。2020年是全面建成小康社会和“十三五”规划收官之年，也是脱贫攻坚决战决胜之年。为响应党中央的决策部署，助力高质量完成脱贫攻坚目标任务，浙江省青少年发展基金会（以下简称浙江省青基金会）继续在吉林、湖北、重庆、四川、贵州、西藏、青海、新疆等8个省（区、市）开展助力脱贫攻坚助医行动。现将资助工作及相关事宜通知如下：

一、资助对象

助力脱贫攻坚助医行动的资助对象为实施地区2019年10月至2020年11月期间，在县级及以上公立医院住院治疗的不

满 18 周岁家庭经济困难青少年。其中，优先资助浙江对口支援、东西部扶贫协作和抗疫行动对口地区的建档立卡户、因疫致困家庭青少年。

二、资助标准

1. 项目资助资金拟安排 500 万元，由浙江省青基会“向阳花少儿医疗救助基金”提供。

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，浙江对口地区优先使用。结算截止日期为 2020 年 12 月 10 日，未使用完毕的资金，由浙江省青基会统筹安排使用。

3. 项目用于资助家庭经济困难青少年自理、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. 申请救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（出生证明）、医院住院收费票据复印件。

2. 申请救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，将不予资助或收回资助款。

3. 因信息公开、宣传筹资和社会监督需要，申请救助青少年家庭应配合做好相关调查核实、采访等工作。项目发起方浙江省青基金会、浙江城市之声电台、支付宝公益平台在法律允许的范畴之内及不违背“向阳花少儿医疗救助基金”基本理念的前提下谨慎使用其信息、照片和影像等资料。

四、资助程序

1. 申报。由实施地青基金会和各级团委按照“公平、公正、公开”的原则负责当地资助活动的信息发布、热线电话开通等工作。符合受助条件的患病青少年及其监护人自愿向所在地团委提供书面材料进行申请。

2. 审核。申请人所在地县级团委按照“以人为本、有效救助”的原则和资助条件、优先次序对申请资料进行初审，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），并附申请原件，寄至浙江省青基金会存档。

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，实施地青基金会应结合本省实际情况采取“银行直通车”或其它拨款形式，将资助款及时发放给患病青少年本人（或监护人）。采取“银行直通车”拨款的，须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；采取其他形式拨款的，须将收款收据原件和受助人签收资料加盖公章后寄至浙

江省青基金会。

5. 评估。实施地青基金会须对受助对象按一定比例进行抽样调查，填写受益人满意度调查表（附件4），便于浙江省青基金会开展专项行动实施情况调查，了解受助对象对公益项目、实施管理工作的评价，提升公益项目和社会公益资金的实施管理成效。

五、项目宣传

实施地青基金会和各级团委根据实际情况进行项目宣传，应以文字、图片、视频等形式向浙江省青基金会提供若干个受助对象的典型案例介绍，并及时将项目相关宣传资料等寄至浙江省青基金会存档。

六、其他事项

1. 实施地青基金会应确定项目联系人，负责与浙江省青基金会进行工作对接，及时完成申报审核、资金结算、资金拨付等工作。

2. 实施地青基金会须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。联系人：何建亚、黄纬娜，地址：浙江省杭州市文二路188号浙江省团校西楼，电话：0571-87027471。

附件：

1. 助力脱贫攻坚助医行动金额分配表
2. 助力脱贫攻坚助医行动申请表
3. 助力脱贫攻坚助医行动受助患儿结算表
4. 助力脱贫攻坚助医行动受益人满意度调查表

浙江省青少年发展基金会

2020年3月30日



附件 1

浙江省青少年发展基金会
助力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	70
2	湖北	120
3	重庆	80
4	四川	20
5	贵州	80
6	西藏	10
7	青海	40
8	新疆	60
9	新疆生产建设兵团	20
	合计	500

附件 2

浙江省青少年发展基金会 助力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					
住院费用总额	个人自理、自负、自负费用				
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 家庭情况 (可另附页)					
县扶贫主管部 门确认盖章	年 月 日 (公章)		所在地团委 确认盖章	年 月 日 (公章)	
实施地青基会 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				

附件 3

浙江省青少年发展基金会 助力脱贫攻坚助医行动受助患儿结算表

省级青基金会(盖章):

序 号	姓 名	性 别	出 生 年 月	疾 病	医 院	资 助 金 额 (元)
合 计						

填表人:

填表时间:

附件 4

浙江省青少年发展基金会
助力脱贫攻坚助医行动受益人满意度调查表

被调查者姓名：_____（受助青少年姓名：_____）

手机号码：_____

1、您对青基金会（或所在地团委）工作人员的服务效率和服务态度是否满意？（ ）

A 满意 B 较满意 C 一般 D 不满意

2、您对受助申请过程中，各环节的审批过程是否满意？（ ）

A 满意 B 较满意 C 一般 D 不满意

3、您对受助申请过程中，等候审核通过的时间满意吗？（ ）

A 满意 B 较满意 C 一般 D 不满意

4、您对本次资助标准额度是否满意？（ ）

A 满意 B 较满意 C 一般 D 不满意

5、您对项目总体满意度评价？（ ）

A 满意 B 较满意 C 一般 D 不满意

6、您对助力脱贫攻坚医疗救助项目有何意见和建议：

调查经办人：_____

调查日期：_____年____月____日

