

北京医爱公益基金会

BEIJING MEDICAL LOVE PUBLIC WELFARE FOUNDATION

北京医爱公益基金会 “医爱公益·暖阳融碍”项目方案

第一部分 “医爱公益·暖阳融碍”项目内容

一、项目背景

随着高龄老人的增多，老年化残疾人的数量也在逐年增大。据中国残联统计的数据显示，中国各类残疾人总数已达 8500 万，其中仍有 1500 万以上残疾人生活在国家级贫困线以下，占贫困人口总数的 12% 以上。

残疾人生活本就不易，老年残疾人不便之处更多。作为一个特殊的弱势群体，他们也成为社会保障和公共服务的重点，为老年肢体障碍患者开辟绿色帮扶就医通道，让老年患者老有所养，残有所护，病有所医。

他们应该得到全社会的关爱和帮助。由于老年肢体障碍患者有着特殊的生活环境，就此引发的生活、情感、心理等一系列问题日益凸显。为了让更多的老年肢体障碍患者得到温暖和关怀，为了让更多的社会爱心人士关注老年肢体障碍患者的身心健康，北京医爱公益基金会和爱心单位组织开展老年肢体障碍患者的医疗救助活动，走进他们的生活，期待更好的帮助他们健康快乐！

二、项目计划

目前，北京医爱公益基金会将动员社会力量、爱心单位、人士共同参与支持，特开展“医爱公益·暖阳融碍”项目予以帮扶因脑卒中、脑肿瘤、脑外伤、脊柱损伤、帕金森、特发性震颤等疾病引起得肢体失能、肢体残疾、智力、言语障碍等身体失能的患者得到科学规范的医疗救助，摆脱身体残疾的困扰，防止因病致贫、因病返贫等问题。

“医爱公益·暖阳融碍”项目救助活动，拟于 2025 年对内蒙古自治区各旗县市，民政部门建档立卡贫困户、由福利机构收养的孤寡老人和退伍军人、低收入困难家庭的患者实施医疗救助，经定点医疗机构评估审核符合救助人群，每年救助人数 200 人，每人救助金额上限 2 万元。

三、项目发起机构

北京医爱公益基金会（Beijing Medical Love Public Welfare Foundation）是北京民政局登记于 2019 年 1 月 29 日成立的一个慈善机构。基金会结合互联网+平台，提升了公益的可及性、资源配置效率、信息公开化，大大降低了公益的门槛，让人人为公益、使公益为人人，因公益的帮扶，促进医疗救助事业发展起到积极作用。构建医疗健康公益平台，推进医疗精准扶贫事业是我基金会重要使命。

四、合作医疗机构

北京医爱公益基金会决定此次定点医疗机构需具备实施相关因脑卒中、脑肿瘤、脑外伤、脊柱损伤、帕金森、特发性震颤等疾病引起得肢体失能、肢体残疾、智力、言语障碍等身体失能的治疗条件，由包头职业病防治院作为该项目定点医院，定点医院为肢体障碍患者进行筛查，符合救助条件的患者提供救助服务。

五、项目计划内容

（一）救助咨询

开设咨询热线，为肢体障碍患者提供救助指导咨询、相关信息咨询、医疗救助方案咨询等，帮助肢体障碍患者提供科学规范信息指导。

（二）救助筛查

包头市康正职业病防治院作为项目定点医院，定点医院为肢体障碍患者进行筛查，符合救助条件的患者提供救助服务。

（三）救助方式

确认符合救助条件的肢体障碍患者名单后，将由北京医爱公益基金会把捐赠款捐赠于救助患者，由包头职业病防治院负责为符合救助条件的患者提供医疗救助服务。

第二部分 关于“医爱公益·暖阳融碍”项目方案

一、拟合作机构

■ 主管机构

包头市民政局

包头市残疾人联合会

■ 定点医疗机构

● 包头康正职业病防治院

二、实施时间

2025 年 5 月起开始实施。

三、救助规模

计划每年救助符合条件的患者 200 名。

四、资助范围

（一）资助病种

符合救助条件的肢体障碍患者，且脑卒中、脑肿瘤、脑外伤、脊柱损伤、帕金森、特发性震颤等疾病引起得肢体失能、肢体残疾、智力、言语障碍等身体失能的患者。

（二）资助对象

肢体障碍患者，民政部门建档立卡贫困户、由福利机构收养的孤寡老人和退伍军人、低收入困难家庭的病人、持有残疾证的残疾人、居民最低生活保障户、特困户等。*项目暂不覆盖中度以上智力缺陷或伴有其他严重残疾，及因各种原因经专家评估确定预后效果较差的人群。

五、资助标准

原则上，具体医疗救助将根据符合条件的肢体障碍患者，将由“医爱公益·暖阳融碍”项目为每位符合条件的患者捐助医疗救助金额上限为2万元。

1、提供民政部门建档立卡贫困边缘户证明及其家属/居委会或村委会出具的贫困边缘户证明及其家属，个人医保报销后由北京医爱公益基金会救助个人自费部分40%；

2、提供残疾人联合会办理的持有残疾证人群，个人医保报销后由北京医爱公益基金会救助个人自费部分50%；

3、提供居民最低生活保障户证明人群，个人医保报销后由北京医爱公益基金会救助个人自费部分60%；

4、可以同时提供2、3项内容的人群，个人医保报销后由北京医爱公益基金会救助个人自费部分70%；

北京医爱公益基金会项目组针对患者救助申请资料审核通过后救助款项在10个工作日内支付予患者本人账户。

六、实施步骤

- ◆ 由包头市残疾人联合会指定相关机构开展存量肢体障碍患者情况摸底调查，掌握适龄肢体障碍患者基本资料。
- ◆ 由北京医爱公益基金会推荐医疗机构作为项目的定点医疗机构，鉴于目前包头市肢体障碍患者筛查与救助项目已在包头职业病防治院开展，建议先期可指定包头职业病防治院作为第一批定点医院。
- ◆ 定点医疗机构与北京医爱公益基金会制定救助实施方案，报包头市残联、民政部门审批核准。
- ◆ 定点医疗机构、北京医爱公益基金会、包头残联、民政部门共同成立项目办公室，负责协调联络、落实推进和组织执行项目相关事宜。
- ◆ 符合条件的具备救助的肢体障碍患者家庭自愿向包头职业病防治院提出救助申请，并按照申请流程进行审核评估，展开救助。

七、申请流程

（一）申请

患者到定点医院进行相关筛查，并向“医爱公益·暖阳融碍”项目办公室提出申请，申请表须由医院签署意见。

（二）审核

患者将申请表及要求的相关材料提交包头职业病防治院审核。包头职业病防治院审核和筛查评估后向北京医爱公益基金会出具救助确认通知。经审核评估后同意予以资助的，向患者下发《救助确认通知》。

（三）救助

患者凭《救助确认通知》到当地定点医院检查确认，定点医院依据《救助确认通知》将分期、分批安排医疗救助。福利机构收养的老人及退伍军人；军、烈属贫困家庭优先。

八、项目评估

(一)定点医院填写“医爱公益·暖阳融碍”项目受益患者备案表，填写《受益患者反馈表》。

(二)定点医院需向北京医爱公益基金会提供完整病例复印件存档；

(三)救助后，北京医爱公益基金会组织专家对治疗效果进行评审，根据评审通过的意见汇总后北京医爱公益基金会备案。

按照现有医疗技术，救助应确保救助质量，并通过救助后效果体现。北京医爱公益基金会将对被救助患者的生活状态进行跟踪，填写《救助患者跟踪表》。

九、项目执行的监督措施

(一) 原始凭证保留

“医爱公益·暖阳融碍”项目实行公开评审和资助，由项目办公室保存的相应原始凭证包括不限于：申请表、身份证复印件、照片、申报须知、承诺书、资助审批表、救治患者报批表、治疗评审表、完整病例复印件、银行票据、医疗救治费用清单、救助反馈表、救助跟踪表等，救助档案要保存十年，财务档案保管年限按照国家有关规定执行。定点医院保存相应复印件备查。

(二) 接受社会监督

“医爱公益·暖阳融碍”项目组定期向残联、民政部门、北京医爱公益基金会汇报救助项目的执行、落实、检查、评估等有关情况。接受社会监督和专项审计，并通过其网站和新闻媒体向社会公布资助的报告。

(三) 项目执行检查

北京医爱公益基金会对项目执行、落实情况进行检查与监督。每年组织一次全面检查，半年组织一次抽查。监督检查的重点内容为：

- 1、捐赠救助是否全部用于符合条件的患者身上；
- 2、该医疗救助是否合理；
- 3、合作医院相关档案制度是否健全，具体执行工作是否符合要求。



“医爱公益·暖阳融碍” 申报须知

1、救助对象。

(1) 资助对象为各地残联、民政部门认可的脑卒中、脑肿瘤、脑外伤、脊柱损伤、帕金森、特发性震颤等疾病引起得肢体失能、肢体残疾、智力、言语障碍等身体失能的患者；

(2) 参加城镇居民医疗保险和参加新农合参保的患者优先资助；

(3) 军、烈属贫困家庭的患者优先资助。

2、救助病种。

优先救助病种为：脑卒中、脑肿瘤、脑外伤、脊柱损伤、帕金森、特发性震颤等疾病引起得肢体失能、肢体残疾、智力、言语障碍等身体失能的病症。

3、救助对象必须提供以下资料：

(1) 农村村委会、城市居委会出具的家庭经济情况证明并经乡（镇）人民政府、城市街道办事处及县（市、区）残联、民政部门审核盖章；

(2) 县级（二级甲等以上）医疗机构出具的患者初诊检查报告和病情诊断证明；

(3) 患者家庭户口簿复印件、家属和患者身份证复印件、联系方式、患者最新生活照片；

4、患者的所有申报资料由本人或家属负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性，各地残联、民政部门对资料进行审核并盖章确认。

5、对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，将追索其所获得的全部医疗资助，情节严重者将对之采取行政或法律手段进行诉讼。

6、申请表的递交并不代表已经获准得到医疗救助，申报资料的审核和审批工作由“医爱公益·暖阳融碍”项目组负责；

7、患者诊断、治疗方案认定以及治疗后果由患者或患者家属承担，具体按医院有关规定执行，“医爱公益·暖阳融碍”在医疗救助中免责；

8、得到医疗资助的患者和患者家属有责任和义务提供必要的反馈材料和照片等，在维护患者权益前提下同意使用照片、录像等资料用于公益目的宣传；

9、本申报表由“医爱公益·暖阳融碍”项目组负责解释。

我确认已经阅读了以上全部条款，并同意所有申报规定。

患者（家属）签字：

年 月 日

“医爱公益·暖阳融碍”

患者家庭承诺书

兹有患者_____，身份证号码：_____，因患病，被列为“医爱公益·暖阳融碍”救助对象，其自愿承担治疗风险，相关的医疗关系是医院和患者之间的关系，医患关系中的医疗责任和涉及的民事权利、义务以医患双方医疗合同为效，与“医爱公益·暖阳融碍”项目无关。

特此承诺。

承诺人（患者本人或家属）签字：

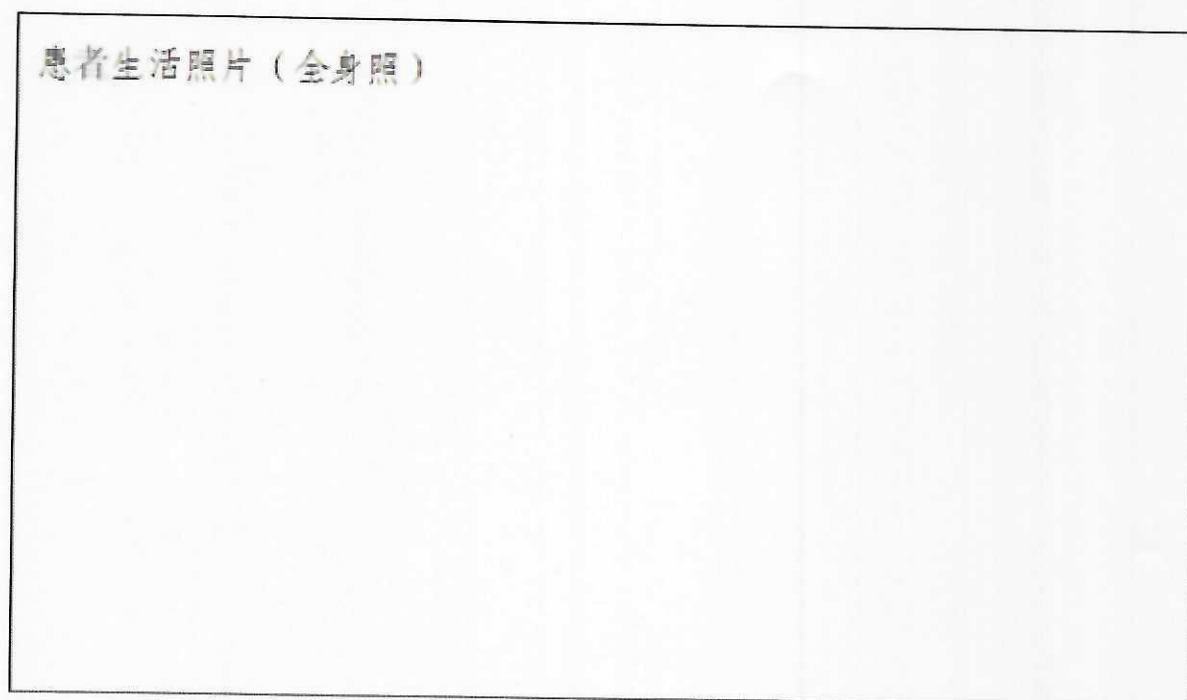
年 月 日

“医爱公益·暖阳融碍”

申请资助审批表（共3页）

表1——1：患者基本信息表（申请人填写）

患者生活照片（全身照）



患者姓名：_____性别：____出生日期：_____年____月____日

身份证号：_____

病情诊断：_____

就诊医院：_____

户籍住址：_____

实际住址：_____

家属姓名：_____与患者关系_____

身份证号：_____

家属通讯方式：_____

家属联系电话：_____填表日期：_____年____月____日

是否接受过救助资助及方式 _____

表 1——2： 患者家庭情况
（申请人填写）

家庭上年度收入总计		
家庭主要财产 和债务情况	直系亲属职业及年收入	职业： 年收入：
	直系亲属职业及年收入	职业： 年收入：
	其它项目收入	
	债务情况	
低保证号码 （附复印件，附后）		
低收入证明情况 （附证明原件，附后）		
北京医爱公益基金会 审核意见	审核人签字：_____ （盖章） 年 月 日	
项目组 审核意见	审核人签字：_____ 年 月 日	

注：申请表请用蓝黑钢笔或签字笔填写，一式 4 份，逐项需签字盖章有效。须随申请审批表同时提交的材料：1、申请人和患者的户口本、身份证复印件；（附表 1——1 后）2、患者的参保复印件；（附表 1——2 后）3、患者的诊断证明及检查材料复印件；（附表 1——2 后）4、家庭成员的低保证件、低收入证明。（附表 1——2 后）

申请人声明：以上所填写内容真实、完整。

申请人签名

“医爱公益·暖阳融碍”救助确认通知

北京医爱公益基金会：

经“医爱公益·暖阳融碍”项目组审核，下述患者可以成为救助的对象，可以实施救治。请贵单位协助落实患者定点医院，通知患者入院治疗，并及时将患者治疗医院填写至“医爱公益·暖阳融碍”救治患者审批表内并由反馈至北京医爱公益基金会。

“医爱公益·暖阳融碍”援助患者名单

项目组确认：

救治医院：包头职业病防治院，联系人：_____，医院电话：_____。

序号	审批编号	姓名	性别	年龄	患者身份证号	户籍所在地	救助金额	备注

表 3——1: “医爱公益·暖阳融碍”受益患者反馈表

(医院填写)

患者姓名		审批编号		病 历 号	
性 别		年 龄		入院日期	
诊 断				出院日期	
主治医师			治疗方式		
治疗医院					
诊治 费用(元)	总 额	医保报销	医疗救助	家庭承担	项目资助
提交资料	1、发票和诊治费用清单; 2、出院小结、出院诊断 3、其他相关事宜。				
救助前生活情况			救助后生活情况		

备注:

表 3——2: “医爱公益·暖阳融碍” 受益患者反馈表
(医院填写)

简述治疗 经过和康 复意见 (附: 受助家庭 感言)	治疗及康复详细资料可附本页后:
	受助家庭感言, 可附本页后:
救治医院意见: 主治医师签字: _____ 医院负责人(签章): _____ 年 月 日	
北京医爱公益基金会意见: 负责人(签章): _____ 年 月 日	

注: ①表 3——1、3——2 需医院先电子版传“医爱公益·暖阳融碍”项目组; ②提交医院盖章后的纸质表格及发票和诊治费用清单、出院小结、出院诊断原件, 报北京医爱公益基金会签章后一并邮寄“医爱公益·暖阳融碍”项目组。

表 4: 未救助患者情况说明

(医院填写)

姓 名		性 别		审批编号	
未治疗原因					
出院小节复印件（材料可贴本页后）：					
主管医师（签章）： 年 月 日					
“医爱公益·暖阳融碍”项目组意见：					
负责人（签字）： 年 月 日					

表 5：患者救助跟踪表

患者姓名		年龄		调研人	
档案编号		性别		调研时间	
现在 生活状况		需求 与 困难	如：医疗		
			生活		
			心理		
			其他		
目前症状改善及身体情况					

备注事项：相关资料可在本页后粘贴

**“医爱公益·暖阳融碍”项目
援助款项签收单**

根据“医爱公益·暖阳融碍”的《项目告知书》以及《患者知情同意书》的相关内容，患者本人以明确知晓本项目为自愿参与且愿意遵守项目相关规定。

依据项目要求与救助标准，_____年__月，患者_____在_____医院接受治疗，经项目审核，该患者符合该项目救助条件，于_____年__月__日收到本项目救助款项_____元。

本人对于以上内容完全理解并确认无误（腾抄）

患者签名：_____身份证号：_____

家属签名：_____身份证号：_____

签署日期：_____年 月 日