东 莞 市 妇 女 联 合 会

关于开展2023年“东莞慈善·玉兰关爱”女性健康项目实施方案的通知

各镇街（园区）妇联，市直单位、中央和省驻莞单位妇女组织，“四新”领域妇女组织，异地商会妇委会：

现将《2023年“东莞慈善·玉兰关爱”女性健康项目实施方案》印发给你们，请按方案要求，切实做好救助帮扶各项工作。

附件：1. 2023年“东莞慈善·玉兰关爱”女性健康项目实施方案

2. “东莞慈善·玉兰关爱”女性健康项目申请表

3. 个人实际自费结算单

东莞市妇女联合会

2023年3月20日

（联系人：翟滢盈，电话：22119636）

附件 1

2023 年“东莞慈善·玉兰关爱”女性健康项目实施方案

为深入贯彻落实党的二十大精神，关心关爱特殊困难群体，东莞市妇联联合东莞市慈善会继续开展 2023 年“东莞慈善·玉兰关爱”项目，进一步优化妇女生存、保护和发展的社会环境，帮助因遭遇重大疾病、心理疾病等需要健康救助的困难妇女家庭，给予她们一定的经济补助，切实提升妇女群众的获得感、幸福感、安全感。现制定如下实施方案:

一、救助对象

（一）患有重大疾病(原发性乳腺癌、原发性宫颈癌、白血病、心脏病、原发性子宫内膜癌、原发性阴道癌、妊娠并发症、原发性输卵管癌、子宫肉瘤、原发性卵巢癌、尿毒症等)，发生巨额医药费用;

（二）患有心理疾病的女性，例如出现感觉障碍、知觉障碍、注意障碍、记忆障碍、思维障碍、情感障碍、意志障碍等症状；或孕产妇在孕期产生的抑郁症。

符合以上情况其一的东莞市户籍妇女或本人在东莞居住满两年、连续缴纳社保满一年的非莞籍妇女。

二、资金来源

东莞市慈善会专项救助资金50万元。

三、实施日期

即日起至2023年12月31日。

四、救助程序

（一）符合救助条件的申请人（受委托人或者监护人）到所在镇街的妇联提出申请，填写《“东莞慈善·玉兰关爱”女性健康项目申请表》，并据实提交以下材料：

1、申请人居民户口簿或居民身份证复印件（委托近亲属申请的需提供受委托人居民身份证复印件；由监护人申请的需要提供监护人居民身份证复印件），非本市户籍人员还需提供居住证复印件或居住地村（居）委会开具的已居住满两年的证明和参加东莞社会保险证明。

2、因重大疾病、心理疾病申请救助的，提交由医院出具的疾病诊断证明原件，医疗门诊、住院费用发票原件，社保结算单原件并附上发票清单列表，对上述原件已提交到政府救助部门、社会救助、社保或商保机构办理临时救助、报销、理赔的，则提交盖有收件单位印章的复印件，以及相关结算或救助凭证。

根据救助对象申请之日往前推12个月内自付的门诊或住院医疗费用在扣除社会医疗保险报销、商业保险理赔、基本医疗救助、政府临时救助及接受其他社会救助后，累计2万元以上（含本数），确实存在困难的，按以下标准给予相

应的救助。

近一年自付医疗费用（万元）	2≤¥＜5	5≤¥＜8	8≤¥以上
救助金额（万元）	0.5	1	2

3、受助人银行卡或存折复印件。

（二）核查：由镇街妇联对申请材料及申请人家庭情况进行核查，签字并盖章，再报送市妇联。

（三）审查：市妇联对申请材料进行审核，对符合救助条件的，根据实际情况建议帮扶金额，并提交市慈善会审批。对不符合条件的，退回材料，并说明理由；对有疑问的地方要重新核查。

（四）审批：市慈善会对申请材料进行审定，对符合救助条件的，批准实施救助，并核定救助金额。

（五）给付：救助金为一次性现金给付。救助金只能用于求助对象解决实际困难所需，对同一救助对象在12个月内只救助一次。如发现申请人有弄虚作假的情况，申请人需全额退回救助金。

（六）存档：完成个案救助后，市慈善会、市妇联应及时将救助对象基本情况、救助金额等资料归档保存，做到一例一档，妥善保存。

附件 2

2023 年“东莞慈善·玉兰关爱”女性健康项目申请表

<table>
<tr><td>姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>出生年月</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>家庭住址</td><td colspan="3"></td><td>联系电话</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>户籍所在</td><td colspan="3"></td><td>身份证号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>工作单位</td><td colspan="3"></td><td>疾病名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="8">家庭其他成员及收入情况</td></tr>
<tr><td>姓名</td><td>关系</td><td colspan="3">工作（学习）单位</td><td colspan="3">年收入</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="3"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="3"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="3"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">近一年自付门诊及住院医疗费用（元）</td><td rowspan="3"></td><td colspan="2">已获商业保险报销（元）:</td><td></td><td rowspan="3">近一年实际自费（扣除近一年政府救助、商业保险保险、社会各界救助后的金额）</td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">已获政府救助金（元）:</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">已获社会各界救助（元）:</td><td></td></tr>
<tr><td>银行户名</td><td></td><td colspan="2">银行账号</td><td></td><td>开户分行</td><td></td></tr>
<tr><td>申请救助原因</td><td colspan="7">本人承诺：以上内容无弄虚作假，若被查出情况不属实，救助金额必须全额退回，并承担相应的法律责任。

签字（盖手指模）:
年　　月　　日</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>镇街妇联
审核意见</td><td colspan="3">（需写明申请人的身份、家庭情况、家庭收入，病情、花费、已获社会医疗保险报销、商业保险理赔、基本医疗救助、政府临时救助等）

镇街妇联签名并盖章
年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>市妇联
审核意见</td><td>签名盖章
年　　月　　日</td><td>市慈善会
审批意见</td><td>签名盖章
年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>备注</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

附件 3

___镇街（园区）___个人实际自费结算单

单位：元

序号	医院名称	发票日期	票据编号	个人实际自费金额	备　　注
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
			合　　计		

附件：　　张

社区经办人（盖章）：　　镇街（园区）妇联审核人（盖章）：

年　月　日　　年　月　日