

重庆市退役军人事务局

重庆市退役军人事务局办公室 关于开展困难退役军人家庭先心病子女 救助活动的通知

各区县（自治县）、两江新区、西部科学城重庆高新区、万盛经开区退役军人事务局：

为深入贯彻习近平总书记关于关心关爱退役军人重要指示精神，退役军人事务部会同中华慈善总会、中国退役军人关爱基金会，开展困难退役军人家庭先心病子女救助活动，为有意愿、急需救治的先心病患儿实施手术提供资金支持，最大限度减轻其家庭经济与精神负担。为有效推动救助活动开展，现就有关事项通知如下：

一、救助对象

按照自愿原则，救助对象为困难退役军人0至18周岁的先心病子女，低保特困家庭子女优先救治，此前已做过先心病手术的不列入救助范围。

二、工作步骤

（一）摸底报名。各区县要依托基层退役军人服务站，认真开展摸底排查，有针对性地向辖区服务对象宣传此次救助活动，

填报困难退役军人先心病子女救助对象统计表(见附件1),并于5月21日前(活动分两批进行,下半年报送时间将另行通知)通过全国困难退役军人帮扶援助服务系统报送市退役军人事务局。

(二)病情筛查。救助对象需提供由三甲医院出具的三个月内心脏超声影像资料(同附件1一起报送),经解放军总医院专家会诊筛查后确定接受手术人员名单。名单确定后,由救助对象填写申请表(见附件2),并按要求准备相关材料。申请材料经相关部门审核盖章后,由救助对象带到北京交给中华慈善总会。

(三)救助保障。中华慈善总会为救助对象及1名陪护人员(一般为家庭成员)购买往返机票/火车票和手术意外保险,统一组织救助对象到解放军总医院第六医学中心(北京)实施手术,并为每例手术提供医保报销外约3万元的公益资金支持(特殊罕见疑难病例待进一步商榷后确定)。在京期间陪护人员及患儿食宿费自理。根据医疗资源状况,未能实施手术人员将顺延至下一批次。

三、相关要求

(一)精心组织实施。各区县要高度重视,周密安排部署,稳妥组织实施。明确1名联络员,加强和市局的联络对接。针对术后返乡的救助对象,各区县要及时入户探望,跟踪了解其术后康复情况,传递党和政府对退役军人的关怀温暖。

(二)防范安全风险。各区县要向救助对象及家庭讲清此次救助活动坚持自愿原则,前往医院和返回家乡途中的风险和责任

由救助对象及家庭自行承担。对未进入救助对象名单或未纳入今年救助范围的，各区县要深入细致做好思想疏导和解释等工作，避免引发可能出现的信访问题或网络舆情。

（三）留存救助资料。各区县要加强服务保障，以文字、图片、短视频（3分钟左右）等方式，记录每名救助对象手术前后的身体变化状况、精神状态和家庭情况等，并在每次救助活动结束后两个月内，将上述资料汇总后统一通过困难帮扶系统报送。

（四）强化宣传引导。各区县要积极发挥本地区主流媒体作用，做好救助活动的宣传报道。同时灵活运用新媒体、音视频、图文等方法手段，适时扩大宣传的覆盖面，营造关爱尊崇退役军人的良好氛围。

- 附件：1. 困难退役军人先心病子女救助对象统计表
2. 困难家庭先心病儿童救助活动救助申请表

重庆市退役军人事务局办公室

2024年5月6日

（联系人：张恒松；联系方式：18996968509）

附件 1：

困难退役军人先心病子女救助对象统计表

区（县）退役军人事务局（盖章）

联络员及联系方式:

为了我们的孩子
困难家庭先心病儿童救助行动

救
助
申
请
表

患儿姓名: _____
出生日期: _____
所属省份: _____
填报时间: _____
编 号: _____

救 助 申 请 表

姓 名		性 别		民 族		年 龄		
身份证号码				出生日期				
家庭住址				邮 政 编 码				
户口所在地								
邮寄地址								
第一联系人 (父或母为 退役军人) 姓 名		联系电话				与 患 者 关 系		
第二联系人 姓 名		联系电话				与 患 者 关 系		
社保卡号				困难程度(低保/脱贫户)				
家 庭 人 口		家庭 总收 入/年		有无其他补助				
家 庭 成 员 状 况	姓 名	与本人关系	月收入	工作单位/职务		电 话		
患儿家庭情况自述: 								
乡/镇政府意见				县退役军人事务局意见				
审核人(签字/公章): 年 月 日				审核人(签字/公章): 年 月 日				
本人保证上述资料正确无误，并愿意承担因虚报而引起的法律责任。								
申请人签字(按手印): _____				监护人签字(按手印): _____ ____年____月____日				

申 请 需 知

- 1.“救助行动”申请表由中华慈善总会新闻界志愿者慈善促进工作委员会(以下简称“新闻界慈善促进会”)制作,解释权归新闻界慈善促进会;
- 2.该项目救助范围为0-18周岁具有中国国籍的退役军人家庭困难的,未经手术治疗的患有房间隔缺损、室间隔缺损、动脉导管未闭、肺动脉瓣狭窄四种先天性心脏病的儿童和少数可治愈的复杂先心病儿童;
- 3.“救助行动”救助为一次性救助,同一申请人获得一次救助后,新闻界慈善促进会将不再接受重复申请;
- 4.新闻界慈善促进会负责所有申请资料的审核和审批工作;
- 5.对申请资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为,新闻界慈善促进会将追索其所获得的全部医疗资助,情节严重者将依法追究法律责任;
- 6.患儿手术治疗费用经当地医保报销后自费部分由新闻界慈善促进会承担。新闻界慈善促进会只在手术费用上予以资助,不承担手术效果、手术风险等方面的责任,任何医患之间的法律纠纷将由医院和家属双方自行解决;
- 7.新闻界慈善促进会不承担患儿前往医院或返回家乡途中的风险和责任;
- 8.如患儿是通过参加由新闻界慈善促进会组织的专家医疗队在当地的筛查活动确诊符合救助条件的,需特别注意:在当地的筛查只是初步的检查,不代表患儿病情的最终确诊,最终确诊要在患儿抵达医院后进行详细检查,如检查结果与筛查结果不符或检查出现其他病症,新闻界慈善促进会只负责项目规定范围内的先心病手术治疗费用,不承担其他费用和责任;
- 9.接受救治的患儿只能有一位家长陪同;
- 10.此申请材料如有需要请自行备份,一经递交不予退回;
- 11.所有得到医疗资助的患儿监护人均有责任和义务为捐助人提供必要的文字、照片、影像等材料,用于“救助行动”办公室公益项目的宣传和采访活动,并同意使用照片、影像等资料;
- 12.患儿需提供如下资料:1.近期一寸照片1张;2.监护人和患儿户口本、身份证复印件;3.患儿医保卡复印件;4.当地民政部门出具的困难证明,低保家庭需提供低保证复印件并加盖当地民政局公章;5.其父或母相关退役或优待证件复印件。因资料提供不完整导致不能申请救助的,由患儿家长承担。

我确认已经阅读了以上全部条款,并同意所有申请规定。

监护人签字 (按手印):

年 月 日

家庭情况说明

中华慈善总会：

兹有我县退役军人_____（姓名）之子/女_____（姓名）
（身份证号：_____）患有先天性心脏病，该家庭
年收入_____元，经济状况无法承担该子女的心脏病住院手术费用，
恳请相关部门给予资助。

特此证明！

县民政局（盖章）

乡/镇政府（盖章）

日期：