吉林省因病致贫重病患者认定办法（试行）

（征求意见稿）

第一章 总则

第一条 为贯彻落实《中共吉林省委办公厅 吉林省人民政府办公厅印发〈关于改革完善社会救助制度的实施意见〉的通知》、《吉林省人民政府办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见》（以下简称《实施意见》）有关要求，做好因病致贫重病患者认定工作，结合我省实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于具有吉林省户籍因病致贫重病患者的申请受理、审核确认、家庭经济状况调查以及监督管理等工作。

第三条 因病致贫重病患者认定工作应遵循以下原则：

（一）属地管理，分级负责；

（二）严格规范，高效便民；

（三）公开透明，公平公正。

第四条 县级以上人民政府民政和医保部门统筹做好本行政区域内因病致贫重病患者认定工作。

省级人民政府民政、医保部门负责确定因病致贫重病患者认定条件，指导各地民政、医保部门做好对象认定工作；市级人民政府民政、医保部门负责相关政策的细化、宣传、培训和本辖区因病致贫重病患者认定业务指导；县级人民政府民政、医保部门负责因病致贫重病患者的审核确认工作；乡镇人民政府（街道办事处）负责因病致贫重病患者的申请受理、调查、初审工作；村（居）民委员会协助做好相关工作。

基本生活救助审核确认权限下放至乡镇人民政府（街道办事处）的县（市、区），应按程序委托乡镇人民政府（街道办事处）承接因病致贫重病患者认定工作，明确县级民政部门、乡镇人民政府（街道办事处）、村（居）民委员会工作职责，县级民政、医保部门加强监督指导。

第二章 认定条件

第五条 本办法所称因病致贫重病患者，即《实施意见》规定的医疗救助“四类人员”，指未纳入特困人员救助供养、最低生活保障家庭、低保边缘家庭、返贫致贫人口、农村易返贫致贫人口等救助范围，且同时满足以下条件：

（一）患者本人具有吉林省户籍，并在省内参加城乡居民基本医疗保险或职工基本医疗保险。

（二）提出申请之日前12个月内，因病就医政策范围内个人自付医疗费用达到或超过当地上年度城乡居民人均可支配收入的50%，且家庭收入扣除因病就医政策范围内个人自付医疗费用后，共同生活家庭成员人均年收入高于提出申请时当地年度城乡低保标准2倍，但低于当地上年度城乡居民人均可支配收入。

（三）家庭财产符合当地低保家庭财产相关规定；

第六条政策范围内个人自付医疗费用是指在提出申请之日前12个月内，患者在定点医疗机构就医发生的门诊慢特病和住院医疗费用经基本医疗保险、大病保险、其他补充医疗保险和商业健康保险、医疗救助、慈善救助后等报销后，应由患者本人承担的政策范围内医疗费用总和。

第七条 共同生活家庭成员、家庭收入、家庭财产等家庭经济状况核算方法参照《吉林省最低生活保障管理办法》有关条款认定。

第三章 申请受理

第八条 申请认定因病致贫重病患者，原则上由患者本人作为申请人，向其户籍所在地乡镇人民政府（街道办事处）提交书面申请；实施网上申请受理的地方，可以通过互联网提出申请。患者本人申请有困难的，可以由共同生活的家庭成员代为申请；家庭成员申请有困难的，也可以由患者本人或共同生活的家庭成员委托村（居）民委员会或其他人代为提出申请。委托申请的，应当履行相关委托手续。

医保部门通过监测发现的高额医疗费用负担预警人员信息要及时推送至同级民政部门，由民政部门组织开展家庭经济状况核查，预警人员所在乡镇人民政府（街道办事处）主动告知相关政策并协助提出申请。

第九条 申请人及其家庭成员应履行以下义务：

（一）按规定提交所需身份信息和患病信息相关材料。具体包括共同生活家庭成员的户口簿、身份证，患者本人诊断证明、出院小结、病历本、医疗费用发票、结算票据，存在商业健康保险赔付的还应提供相关理赔情况等材料原件及复印件。

（二）填写《因病致贫重病患者申请表》，签署《申请承诺书》，承诺所提供的信息真实、完整；

（三）签署《家庭经济状况查询授权书》，履行授权核查家庭经济状况的相关手续，积极配合开展家庭经济状况调查。

第十条 乡镇人民政府（街道办事处）应对提交的材料进行审查，材料齐备的，予以受理。材料不齐备的，应一次性告知补齐所有规定材料。通过政府公共服务平台查询和部门信息共享能够获取的相关信息，可不要求申请人提交相关证明。

第四章 审核确认

第十一条 乡镇人民政府（街道办事处）应自受理申请之日起3个工作日内，组织本乡镇人民政府（街道办事处）负责民政、医保等工作人员，启动家庭经济状况调查工作。民政工作人员通过信息核对、入户调查、邻里访问、信函索证等方式核查申请人家庭经济状况，具体操作参照《吉林省最低生活保障管理办法》相关规定。医保工作人员核查申请人罹患重特大疾病、医疗费用支出、医疗保险支付等情况。

第十二条 经家庭经济状况调查后，不符合条件的，乡镇人民政府（街道办事处）应及时告知申请人。申请人有异议的，应当提供相关佐证材料，乡镇人民政府（街道办事处）组织复查。

第十三条 乡镇人民政府（街道办事处）应当在完成家庭经济状况调查3个工作日内提出初审意见，对拟确认为因病致贫重病患者的，在申请人所在村（社区）公示，公示期为7天。

公示期满无异议的，乡镇人民政府（街道办事处）应当在公示期满之日起3个工作内将申请材料、家庭经济状况调查核实结果、初审意见等相关材料报送县级民政部门；公示有异议的且能提供有效证明材料的，乡镇人民政府（街道办事处）应当重新组织调查、开展民主评议，重新提出初审意见和公示，连同民主评议结果和相关材料一并报送县级民政部门。

第十四条 县级民政部门应当自收到乡镇人民政府（街道办事处）报送的相关材料之日起7个工作日内进行审核，并将初步符合条件的人员相关材料提交同级医保部门，进一步核实医疗费用支出、医疗保险支付等情况。医保部门收到同级民政部门提交的材料后，要在5个工作日内将意见反馈民政部门。民政部门综合医保部门意见，在 2个工作日内做出身份确认决定。对申请人身份确认结果，县级民政部门应在3个工作日内，通过乡镇人民政府（街道办事处）书面告知申请人（代理人），对未被认定为因病致贫重病患者的，需同步书面说明理由。

因病致贫重病患者审核确认档案资料一式两份，县级民政部门、乡镇人民政府（街道办事处）各留存一份。

第十五条 因病致贫重病患者审核确认工作应自受理之日起30个工作日之内完成；有条件的地方，可适当缩短审核确认时限；特殊情况下，可适当延长，但不得超过45个工作日。

第十六条 县级民政部门应在审核确认之日起2个工作日内，将认定人员名单推送至同级医保部门。

第十七条 被认定为因病致贫重病患者的，以做出审核确认决定之日为准，无特殊情况其身份认定后当年内有效。家庭经济状况发生明显变化的因病致贫重病患者，应当及时向乡镇人民政府（街道办事处）报告。乡镇人民政府（街道办事处）根据其家庭收入和财产情况，对不再符合因病致贫重病患者认定条件的，报送县级民政部门审核后取消其资格，县级民政部门将取消名单推送同级医保部门。县级民政部门、乡镇人民政府（街道办事处）参照《吉林省最低生活保障管理办法》有关动态管理规定，对不再符合因病致贫重病患者认定条件的取消资格，并将取消名单推送至同级医保部门。

第五章 监督管理

第十八条 认定因病致贫重病患者过程中发现申请人采取虚报、隐瞒、伪造等手段提供虚假材料和无正当理由拒不配合对其家庭状况核查的，县级民政、医保部门和乡镇人民政府（街道办事处）可终止审核确认程序。

第十九条 县级以上民政、医保部门应当加强因病致贫重病患者认定和救助工作监督检查，建立健全相关监督管理制度。

第二十条 县级以上民政、医保部门和乡镇人民政府（街道办事处）应当公开服务热线，受理咨询、举报和投诉，接受社会和群众对因病致贫重病患者认定工作的监督，并按规定向举报人反馈处置情况。

第二十一条 从事因病致贫重病患者认定工作的人员存在滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊、失职渎职等行为的，应当依法依规追究相关责任。对秉持公心、履职尽责但因客观原因出现失误偏差且能够及时纠正的，按照“三个区分开来”容错纠错，依法依规免责或者从轻、减轻处理。

第六章 附则

第二十二条 各地可根据本办法，结合本地实际制定实施细则，并报省民政厅、省医保局备案。

第二十三条 本办法由省民政厅、省医保局负责解释，自2023年 月 日起施行。

附件：1.因病致贫重病患者申请审核确认表（样式）

2.因病致贫重病患者审核公示（样式）

3.不予确认因病致贫重病患者告知书（样式）

附件1

因病致贫重病患者

申请审核确认表（样式）

户籍地址： 县（市、区） 街（镇） 社区（村）

居住地址： 县（市、区） 街（镇） 社区（村）

申请人姓名：

申 请 时 间： 年 月 日

申请承诺书

本人姓名 ，现申请因病致贫重病患者认定。

本人及共同生活家庭成员承诺，所提供的全部信息真实、完整，愿意接受有关部门调查。在家庭人口、收入和财产发生变化，已明显不符合条件时，5个工作日内向村（居）民委员会主动报告。如虚报、隐瞒、伪造相关申请材料，自愿承担相应法律责任。

申请人及共同生活家庭成员签字（按捺指纹）：

受理人（签字）： 年 月 日

备注：有民事行为能力的家庭成员应当由本人签字或者按捺指纹，无民事行为能力的家庭成员应当由监护人签字或者按捺指纹，无书写能力的家庭成员应当采取按捺指纹的方式。

家庭经济状况查询授权书

本人授权民政部门及所属核对机构，向相关部门（机构）查询本人的户籍、收入、支出和财产等家庭经济状况信息。本人亦同意相关部门（机构）将本人相关家庭经济状况信息提供给民政部门及所属核对机构。授权期自申请提出之日起至停止申请或终止获得各项社会救助之日止。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 授权人 | | | 监护人 | | |
| 姓名 | 身份证号 | 签字  及手印 | 姓名 | 身份证号 | 签字  及手印 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |

授权人无完全民事行为能力的，由法定监护人代为授权。

经办人（签字）： 年 月 日

备注：1.受理机构工作人员需现场监督填写签字、按手印；2.无书写能力者可由其他成年家庭成员或工作人员代签并由其本人按手印。

申 请 表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 申请人情况 | | | | | | | | | | | | | | |
| **姓 名** | |  | | **身份证号** | |  | | | | **居住证号** | |  | | |
| 性 别 | |  | | 民 族 | |  | 政治面貌 | |  | 文化程度 | |  | 照片 | |
| 婚姻状况 | |  | | 家庭关系 | |  | 城乡属性 | |  | 身体状况 | |  |
| 自理能力 | |  | | 患病病种 | |  | 残疾类别 | |  | 残疾等级 | |  |
| 身份类别 | |  | | 就业情况 | |  | 就学情况 | |  | 保险情况 | |  |
| 2.共同生活家庭成员情况 | | | | | | | | | | | | | | |
| **姓 名** | |  | | **身份证号** | |  | | | | **居住证号** | |  | | |
| 性 别 | |  | | 民 族 | |  | 政治面貌 | |  | 文化程度 | |  | 照片 | |
| 婚姻状况 | |  | | 家庭关系 | |  | 城乡属性 | |  | 身体状况 | |  |
| 自理能力 | |  | | 患病病种 | |  | 残疾类别 | |  | 残疾等级 | |  |
| 身份类别 | |  | | 就业情况 | |  | 就学情况 | |  | 保险情况 | |  |
| **姓 名** | |  | | **身份证号** | |  | | | | **居住证号** | |  | | |
| 性 别 | |  | | 民 族 | |  | 政治面貌 | |  | 文化程度 | |  | 照片 | |
| 婚姻状况 | |  | | 家庭关系 | |  | 城乡属性 | |  | 身体状况 | |  |
| 自理能力 | |  | | 患病病种 | |  | 残疾类别 | |  | 残疾等级 | |  |
| 身份类别 | |  | | 就业情况 | |  | 就学情况 | |  | 保险情况 | |  |
| **姓 名** | |  | | **身份证号** | |  | | | | **居住证号** | |  | | |
| 性 别 | |  | | 民 族 | |  | 政治面貌 | |  | 文化程度 | |  | 照片 | |
| 婚姻状况 | |  | | 家庭关系 | |  | 城乡属性 | |  | 身体状况 | |  |
| 自理能力 | |  | | 患病病种 | |  | 残疾类别 | |  | 残疾等级 | |  |
| 身份类别 | |  | | 就业情况 | |  | 就学情况 | |  | 保险情况 | |  |
| **姓 名** | |  | | **身份证号** | |  | | | | **居住证号** | |  | | |
| 性 别 | |  | | 民 族 | |  | 政治面貌 | |  | 文化程度 | |  | | 照片 |
| 婚姻状况 | |  | | 家庭关系 | |  | 城乡属性 | |  | 身体状况 | |  | |
| 自理能力 | |  | | 患病病种 | |  | 残疾类别 | |  | 残疾等级 | |  | |
| 身份类别 | |  | | 就业情况 | |  | 就学情况 | |  | 保险情况 | |  | |
| 3.非共同生活法定赡养、扶养、抚养义务人情况 | | | | | | | | | | | | | | |
| 与申请人关系 | 姓 名 | | 有无赡（扶、抚）养能力 | | 无赡（抚、扶）养能力原因 | | | | | | 身份证号 | | 赡（扶、抚）养费 | |
|  |  | | □有 □无 | | □低保对象 □特困人员  □低保边缘家庭 □支出型困难家庭 | | | | | |  | |  | |
|  |  | | □有 □无 | | □低保对象 □特困人员  □低保边缘家庭 □支出型困难家庭 | | | | | |  | |  | |
|  |  | | □有 □无 | | □低保对象 □特困人员  □低保边缘家庭 □支出型困难家庭 | | | | | |  | |  | |
|  |  | | □有 □无 | | □低保对象 □特困人员  □低保边缘家庭 □支出型困难家庭 | | | | | |  | |  | |
| 开户银行 | | |  | | | | | 银行卡账号 | | |  | | | |
| ——以上部分由申请人填写，以下部分由工作人员填写—— | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.共同生活家庭成员收入情况（元/月或年） | | | | | | | | | | | | | | |
| 工资  性收入 | | 工资 | | 薪金 | 奖金 | | 劳动分红 | 津贴 | | | 补贴 | | | 其他 |
|  | |  |  | |  |  | | |  | | |  |
| 经营净收入 | | 从事种植、养殖、采集及加工等农林牧渔业的生产收入 | | | | | 从事工业、建筑业、手工业、交通运输业、批发和零售贸易业、餐饮业、文教卫生业和社会服务业等经营性收入 | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | |
| 财产  净收入 | | 房屋出租 | | 储蓄存款利息 | 有价证券及红利 | | | 财产变卖 | | 知识产权变卖 | | | 集体财产分红  和其他动产收益 | |
|  | |  |  | | |  | |  | | |  | |
| 土地 | | 旱田 亩 元；水田 亩 元；林地 亩 元；  草场 亩 元；其他 亩 元。 | | | | | | | | | | |
| 转移  净收入 | | 赡（抚、 扶）养费 | | 养老或 离退休金 | 失业保险金 | | 遗属补助 | 赔偿金 | | 一次性  安置费 | | 接受遗产（捐赠、赠送）和其他转移收入 | | |
|  | |  |  | |  |  | |  | |  | | |
| 其他收入 | | 元 | | | | | | 各种补贴 | | 元 | | | | |
| 2.家庭财产情况 | | | | | | | | | | | | | | |
| 现 金 | | | □没有。  □有 元 | | 银行存款 | □没有。  □有 元 | | | 股票（基金）等有价证券 | | □没有。  □有，总市值 元 | | | |
| 车辆船舶 | | | □没有 ；□有 类型： ；车（船）登记证编号 ；  购车时间 年 月 日；现估价 元 | | | | | | | | | | | |
| 大型农机 | | | □没有 □有；类型: ；农机登记证编号 ；  购车时间 年 月 日；现估价 元 | | | | | | | | | | | |
| 房产 | 自有住房  □1套  □2套 | | □商品房 □经济适用房 □福利房 □拆迁安置 □自建住房 □其他 | | | | | | | | | | | |
| □产权□无产权 | | 房产证编号： | | | 建筑面积： ㎡ | | | | □自住 □商用 □出租 | | |
| □产权□无产权 | | 房产证编号： | | | 建筑面积： ㎡ | | | | □自住 □商用 □出租 | | |
| 租 赁 | | □租赁私有□租赁公有□廉租房□其他 | | | | | □租赁私有 □租赁公有□廉租房 □其他 | | | | | | |
| 债权情况 | | | □没有。 □有， 元。 | | | | | 其他财产 | | |  | | | |
| 3.家庭支出情况 | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭支出 | | | 患病病种 | |  | | | | | | | | | |
| 提出申请之日前12个月内医疗费用支出金额（元） | | 医疗费用总支出 元，政策范围内医疗费用支出 元。其中，经基本医疗保险报销 元、大病保险报销 元、其他补充医疗保险报销 元、商业健康保险赔付 元、其它补助 元；政策范围内个人自付医疗费用 元 。 | | | | | | | | | |
| 核算情况 | | | 家庭收入扣除因病就医政策范围内个人自付医疗费用后，共同生活家庭成员人均年收入 | | 元。 | | | | | | | | | |
| 调查核实情况 | | | 经调查核实，申请人家庭收入、家庭财产和生活状况、医疗费用支出及医保支付等情况 □符合/□不符合 因病致贫重病患者条件。  调查核实人员签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 公开公示 | | | □有异议  □无异议 | | 异议核实情况 | | | | |  | | | | |
| 乡镇（街道）初审意见 | | | 经调查、审核、公示无异议， 乡镇（街道） 村（社区） 拟同意认定为因病致贫重病患者。  负责人签字： 盖 章  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 县级医保部门意见 | | | 经核，申请人相关医疗费用支出、医保支付等情况□符合/□不符合因病致贫重病患者条件。  负责人签字： 盖 章  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 县级民政部门意见 | | | 经审核确认， 乡镇（街道） 村（社区） 认定为因病致贫重病患者。  负责人签字： 盖 章  年 月 日 | | | | | | | | | | | |

指标选项：

**1.政治面貌**：中共党员、群众、其他。

**2.文化程度**：小学、初中、高中、中等职业、专科、大学本科、研究生、其他。

**3.婚姻状况**：未婚、已婚、丧偶、离异。

**4.城乡属性**：城市、农村。

**5.家庭关系**：本人、配偶、子女、孙（外孙）子女、父母、祖父母或外祖父母、兄弟姐妹、其他。

**6.身体状况**：健康、一般、患病、残疾、既患病又残疾、重病、重残、既重病又重残。

**7.患病病种**：参照医疗保障部门报销中重病、特病和慢病病种。

**8.自理能力**：完全自理、部分自理、失能。

**9.残疾类别**：视力残疾、听力残疾、言语残疾、肢体残疾、智力残疾、精神残疾、多重残疾、其他残疾。

**10.残疾等级**：持有中华人民共和国残疾人证等级为一级、二级、三级、四级。

**11.身份类别**：进城务工农民、进城失地农民、宗教教职人员、社区矫正人员、强戒所外就医（执行）人员、刑释人员、省内外来务工人员、务农、侨民（含港澳台人员）、退役军人、国有林场职工、县级以上政府确定的生活特殊困难人员、其他人员。

**12.就业情况：**在职、登记失业、未登记失业、灵活就业、无业、离退休。

**13.就学情况**：在读、毕业、结业、休学、文盲、其他。

**14.保险情况**：养老、医疗、失业、工伤、生育、商业、住房公积金、其他。

附件2

因病致贫重病患者审核公示（样式）

经申请、审核，拟认定 村（社区）下列人员为因病致贫重病患者，现予公示（公示期为7天），接受社会监督。如有异议，请提供事实依据，向乡镇（街道）反映。

公示时间： 年 月 日至 年 月 日

乡镇（街道）举报电话：

盖章

年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 家庭所在村（社区） | 拟认定人姓名 | 备注 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

附件3

不予确认因病致贫重病患者告知书（样式）

编号： 年第 号

乡镇（街道） 村（社区） ：

您于 年 月 日提交的因病致贫重病患者申请，经调查审核，根据《吉林省因病致贫重病患者认定办法（试行）》相关规定，您因

□家庭收入扣除因病就医政策范围内个人自付医疗费用后，共同生活家庭成员人均年收入为 元，超过本地上年度城乡居民人均可支配收入。

□家庭财产状况或实际消费水平不符合因病致贫重病患者认定有关规定，具体表现为： 。

□其它，具体表现为： 。

不予确认，特此告知。

若不服本告知书，可自收到本告知书之日起15日内向本单位提出复查申请。

□申请人已获知确认告知书。

送达人：

见证人：

日 期： 年 月 日

□申请人未当面签收确认告知书。

送达人：

见证人：

日 期： 年 月 日

审核确认部门公章

年 月 日

备注：1.申请人无法或拒绝接收本通知书的，送达人应当记明无法签收或拒收事由；2.送达人可以邀请有关基层组织或者所在单位的代表到场，说明情况，由送达人、见证人签名，把本告知书留在申请人的住所，并采用拍照、录像等方式记录送达过程，即视为送达；3.本告知一式三份，一份送达申请人、一份由乡镇（街道）存档、一份由县（市、区）民政局存档。