

附件五

中央专项彩票公益金支持出生缺陷救助项目 受助对象通知单

(受助对象姓名) _____:

本项目由中央专项彩票公益金支持,对符合救助条件的出生缺陷患儿的诊断、治疗、手术和康复提供医疗费用补助,减轻患儿家庭医疗负担。

您的申请经实施机构初审及省级管理机构复审,结果为评审通过,为帮助您顺利办理救助手续,现告知您如下事项:

1. 各类救助标准详见《出生缺陷救助项目实施方案》。
2. 项目只在医疗费用上予以补助,不承担治疗效果、医疗风险等方面的责任,任何医患之间的法律纠纷将由医患双方自行解决。
3. 为便于接受社会监督,中国出生缺陷干预救助基金会可根据工作需要,通过媒体对外公布受助申请人的基本情况。
4. 通过复审并公示无异议后,申请人监护人须向实施机构提交以下资料:
 - (1)《出生缺陷救助项目个人申请表》原件。监护人需通过微信小程序导出,打印后签名。
 - (2)《出生缺陷救助项目受助患儿回执单》原件。监护人需通过微信小程序导出,打印后签名。
 - (3)患儿或其法定监护人身份证或其他有效身份证件复印件,以及证明监护关系的户口簿、出生医学证明或其他证明材料复印件。
 - (4)合规的实施机构收费票据,包括住院医疗票据或门(急)诊医疗票据。具体要求如下:
 - ①没有参加任何医疗保险的申请人,直接提供医疗票据原件,票据上无收费明细的需同时提供明细清单。

②参加“城镇职工医保”“城乡居民医保”或大病医保、其他公募基金会救助和民政机构救助的患儿，且就诊医院可办理医保实时结算报销的，由申请人提供报销后的原始票据；如就诊医院无法办理医保实时结算报销的，由申请人先到相关部门报销，报销后提供报销补偿单原件（若无法提供原件的，应提供加盖公章的复印件）及加盖公章的医疗票据复印件，医疗票据上无收费明细的需同时提供明细清单。

③在回执单上填写患儿本人或监护人银行卡信息，或提供监护人银行卡复印件，以及证明监护关系的户口簿、出生医学证明或其他证明材料复印件）。

（5）符合项目救助病种的诊断证明。

（6）低保证、低收入证明、特困证明材料复印件（任选其一），或村（居）委会等出具的家庭经济情况说明材料原件。

5. 请将上述第4条所列资料，邮寄至实施机构审核后，邮寄至省级管理机构，由省级管理机构复核后寄送至基金会。

6. 回执单及以上相关资料由基金会进行审核确认无误后，向申请人提交的银行账户拨付相应的救助金，并向省级管理机构和实施机构反馈受助患儿名单及金额。

7. 终止救助情形。

（1）若查实申请人存在虚假、伪造、隐瞒等行为，基金会将不予救助，并终身不得申请项目资助；如已获救助，基金会保留依法追索救助金的权利；若查实申请人存在弄虚作假、虚报冒领救助资金等行为，根据情节依法承担相应责任。

（2）家庭自付部分金额不足3000元的终止救助。

8. 患儿或其监护人在收到救助金后，请您及时告知所在地实施机构，并自愿配合回访等相关工作。

年 月 日

编号: _____

回执单

中国出生缺陷干预救助基金会:

我是申请人_____的监护人_____ (与申请人关系: _____), 身份证号: _____, 监护人手机: _____。申请人是第_____次救助 (若非首次救助, 请填写上一次救助时间____年__月), 现已知悉并同意《出生缺陷救助项目受助对象通知单》内容。申请人患有_____ (疾病名称), 已于____年__月__日至____年__月__日在医院实施了治疗, 本次救助申请医疗费用共计_____元, 经基本医保、大病救助等报销后自付部分_____元, 申请救助金额为_____元 (最终救助金额以基金会审核后实际拨付金额为准), 请将救助金汇入下列账户:

户名: _____,

开户行: _____银行_____支行 (填全称),

卡号: _____。

申请人或其监护人签字:

年 月 日

(实施机构填写) 经我单位审核, 有效医疗收费票据金额_____元, 经基本医保、大病医保等报销后自付金额_____元, 救助金额为_____元。

审核人签字:

年 月 日

(省级管理机构填写) 经我单位审核, 有效医疗收费票据金额_____元, 经基本医保、大病医保等报销后自付金额_____元, 救助金额为_____元。

审核人签字:

年 月 日

(基金会填写) 经我单位最终复核, 上述申请人提交的有效医疗收费票据金额为_____元, 经基本医保、大病救助等报销后自付金额为_____元, 最终救助金额为_____元。经审核、复核准确无误。

审核人签字:

年 月 日

复核人签字:

年 月 日