

山西省残疾人福利基金会

山西省残疾人福利基金会 关于“集善扶困健康行”眼病项目的申请

中国残疾人福利基金会：

近年来，我省多次开展实施贵会“集善扶贫健康行”白内障等眼病项目，帮助眼病患者摆脱病痛、重见光明、融入社会生活，受到社会各界的好评。

据相关统计，我省现有视力残疾人 22.2 万、占残疾人口总数的 10.29%，由于自然和经济条件等原因，白内障眼病发病率较高。大部分眼病患者因为家庭苦难无力治疗，严重影响了生活、学习和劳动就业。为进一步巩固脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接，加大对困难眼病患者的帮扶力度，使他们能够融入正常的社会生活，特申请实施 2022 年中国残疾人福利基金会“集善扶困健康行”眼病项目，帮助困难眼病患者恢复视力，实现工作、学习、生活无障碍。

附件：山西省 2022 年“集善扶困健康行”眼病项目实施方案

山西省残疾人福利基金会

2022 年 8 月 17 日

附件:

山西省 2022 年“集善扶困健康行” 眼病项目实施方案

为使“集善扶困健康行”眼病项目顺利实施，确保项目实施效果，切实把中国残疾人福利基金会、捐赠单位的爱心善举落到实处，特制定本方案。

一、项目背景

针对长治地区的困难眼病患者提供资助，特别是未解除返贫风险残疾人，使符合手术条件的患者得到及时的手术治疗，提高复明手术率，解决因眼病致盲的现象，补助手术费用，减轻其就医和家庭负担。

二、资助方案

由中国残疾人福利基金会和捐赠单位资助山西省残疾人福利基金会经费 101 万元，其中项目经费 100 万元、工作经费 1 万元，按照每例 1000 元资助标准，为困难白内障患者治疗提供资助。项目执行期为一年。

三、职责分工

山西省残疾人福利基金会：负责项目申请、制定项目实施方案；与中国残疾人福利基金会、项目定点医院签订项目资助协议；明确项目负责人和项目联系人；接收、管理项目资金，及时向项目实施医院拨付项目资金；协调相关市（县、区）残联配合做好项目筛查工作；组织举办项目启动仪式，配合项目总体宣传，做好本地项目的宣传工作；配合做好项目

监管、总结工作；收集、整理并按时向中国残疾人福利基金会提交项目全套材料。

项目实施医院：做好项目筛查和项目宣传工作；拟定筛查对象名单，开展相关诊治工作；加强医疗管理，防范医疗风险，确保医疗安全；向山西省残疾人福利基金会提供患者登记表、患者申请资料、项目执行情况总结、典型案例及照片等资料。

四、项目实施

（一）签订项目资助协议

山西省残疾人福利基金会与中国残疾人福利基金会签订项目协议书，明确各方的工作职责，确保项目顺利实施。

（二）确定手术医院

山西省残疾人福利基金会与项目实施医院签订《手术协议》，明确各方责任与义务，明确经费使用，避免手术风险。

（三）举办捐赠仪式

按照中国残疾人福利基金会和捐赠单位的要求，适时举办项目捐赠仪式，确保宣传的力度和规模，邀请新闻媒体参与相关报道。

（四）患者筛查

项目实施医院组织医疗专家团队下乡入户进行集中筛查；患者备齐相关申请材料和证明材料可自行到项目实施医院申请救助。符合手术条件的纳入救助范围，进行手术，给予补助。

（五）项目审核与公示

山西省残疾人福利基金会定期向中国残疾人福利基金会汇报项目进展情况，提交手术患者名单，由中国残疾人福利基金会报捐赠单位审核后，定期在中国残疾人福利基金会的官方网站上公示手术患者名单。

(六) 项目监管与审计

山西省残疾人福利基金会定期向中国残疾人福利基金会提交材料及手术患者名单，并由中国残疾人福利基金会与捐赠单位进行抽检，对项目进展情况进行监督指导。

(七) 项目总结及材料整理

项目完成后，山西省残疾人福利基金会向中国残疾人福利基金会报送“集善扶困健康行”眼病项目工作手册，包括项目总结、实施报告、手术患者名单、资助患者申请资料、经典案例、媒体报道等资料。

五、通讯方式

地址：山西省太原市迎泽区寇庄西路 42 号

电话：0351-7233354 邮箱：sxcjrjhh@163.com

联系人：张倩雯

附件：

1、山西省 2022 年“集善扶困健康行”眼病项目受助患者登记表

2、证明

3、山西省 2022 年“集善扶困健康行”眼病项目受助患者登记汇总表

附件 1

山西省“集善扶困健康行”眼病项目受助患者登记表

姓 名		性 别		照片
年 龄		民 族		
联系电话		身份证号		
家庭详细住址		病种类别		
手术时间		手术眼	左□ 右□	术后视力:
患者家庭经济状况				
1、建档立卡□ 2、城市全额享受最低生活保障□ 3、城市部分享受生活保障□ 4、下岗贫困职工□ 5、农村特困户□□ 6、五保户□ 7、重灾户□ 8、其他□				
享受医疗保险情况				
1、享受城镇职工基本医疗□ 2、享受城乡居民基本医疗 □ 3、享受医疗救助□ 4、享受其他医疗保险 □ 5、其他 □				
申请人或监护人签字: 年 月 日				
患者声明		手术医生声明		
1、本人_____ 已知自身身体状况, 并自愿申请加入该项目, 同意使用该项目指定耗材实施手术, 如有不适反应本人自行承担。 2、本人同意/不同意授予该眼病项目肖像权, 同意用于公益项目的宣传。		该患者_____ 自愿申请加入该眼病项目, 同意使用该项目指定耗材实施手术。		
申请人或监护人签字: 年 月 日		医生签字: 年 月 日		
手术医院审核		省基金会复核意见		
负责人签字: (盖公章) 年 月 日		负责人签字: (盖公章): 年 月 日		

注: 本表由项目实施医院初审, 留存复印件, 原件提交至山西省残疾人福利基金会审核。

附件 2

证 明

兹有_____村/街道办_____组，姓名_____，性别_____，
年龄_____，身份证号码：_____，家庭经济条
件低残疾无经济来源无完全缴纳手术费用能力其他_____
情况属实，特此证明。（“集善扶困健康行”眼病项目专用）

村委会/居委会盖章

或

乡（镇）人民政府/街道办盖章

年 月 日

附件 3

山西省 2022 年“集善扶困健康行”眼病项目受助患者登记汇总表

核准单位：山西省残疾人福利基金会

医院名称（公章）：

序号	姓名	性别	年龄	身份证号	联系电话	手术时间	病种类别	眼别 (左/右)	术前 视力	术后 视力	住院 总费用	援助 金额
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

填表人：

日期： 年 月 日