

# 山西省残疾人福利基金会

晋残福基函〔2022〕41号

## 关于做好山西省“集善扶困健康行” 眼病项目的实施通知

长治市爱尔眼科医院有限公司：

为帮助更多的困难眼病患者重见光明，中国残疾人福利基金会在我省长治开展实施山西省“集善扶困健康行”眼病项目。为确保项目的顺利实施，切实做好项目实施的相关工作，现将有关事项通知如下：

### 一、项目内容

项目费用：100万元；

资助对象：困难白内障眼病患者；

资助标准：1000元/例。

### 二、项目实施要求

1、项目实施医院在筛查过程中要详细统计符合资助条件困难眼病患者数量及分布情况等,做到底数清、情况明、资料全。同时，建立随报制度，对于困难眼病患者随时发生、随时报告、随时登记。

2、符合资助条件的困难眼病患者可向项目实施医院提出申请,受助申请者需填写山西省“集善扶困健康行”眼病项

目受助患者申请表(附表 1)中,并携带困难证明原件和本人身份证到项目实施医院就诊。

3、项目实施医院安排符合资助条件并自愿参加项目资助的受助患者手术,严格按照国家相关手术操作规范及质量控制标准执行手术,确保无医疗事故发生、保证手术效果。如引发医疗事故纠纷,项目实施医院应独立承担相应法律及赔偿责任。

4、项目实施医院应与受助患者签定手术确认书,做好术前检查、入院手术、术后护理、随访,并填写山西省“集善扶困健康行”眼病项目受助患者登记汇总表(附表 2)。

5、项目实施医院需在 2023 年 9 月 30 日前完成项目实施工作,并将项目总结材料报回至山西省残疾人福利基金会。项目总结材料包括但不限于:

(1)山西省“集善扶困健康行”眼病项目受助患者申请表(附件 1)纸质版一份,受助患者的身份证复印件和困难证明纸质版各一份;

(2)山西省“集善扶困健康行”眼病项目患者登记汇总表(附件 2)电子版、纸质版各一份;

(3)受助患者费用清单一份;

(4)筛查、检查、手术、回访的视频和图片资料不少于 5 张,附有相关视频、图片资料的项目典型事例不少于 5 例。

6、项目实施医院应做好项目宣传工作,通过入户走访、

发放宣传资料以及新闻媒体等多种形式宣传“集善扶贫健康行”眼病项目，让更多的困难眼病患者和社会各界了解该项目。

### 三、本项目联系人

山西省残疾人福利基金会

地址：太原市迎泽区寇庄西路 42 号

邮编:030012

联系人:张倩雯                      联系电话:18434393629

传真: 0351-7233354    网址:www.sxwfh.org.cn

邮箱:sxcjrjh@163.com

附件 1: 山西省“集善扶困健康行”眼病项目受助患者登记表

附件 2: 证明

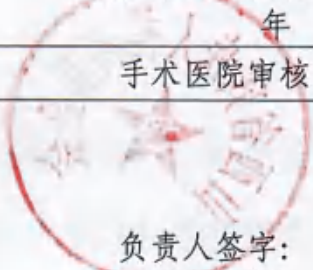
附件 3: 山西省“集善扶困健康行”眼病项目受助患者登记汇总表

山西省残疾人福利基金会

2022 年 11 月 3 日

## 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、农村特困户口□      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	救助 金额
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

填表人：

日期： 年 月 日