

附件 4

出生缺陷救助项目受助患儿回执单

的监护人：

中国出生缺陷干预救助基金会（以下简称基金会）出生缺陷救助项目由中央专项彩票公益金支持，在国家卫计委的领导下，对符合救助条件的我国遗传代谢性出生缺陷患儿的诊断及治疗提供救助，降低致死致残等严重并发症的发生，减少出生缺陷发生率，提高人口素质。

根据您的求助申请，经评委会评审，决定从项目资金中安排医疗费用资助患儿进行治疗。为帮助您顺利办理资助手续，现告知您如下事项：

1、根据基金会《出生缺陷干预救助项目管理办法》规定，除社会定向捐助外，基金会结合国家城镇医保和新农合报销比例政策，受助人在城镇医保和新农合报销后，按以下四个标准实施资助：

(1) 家庭自费部分大于 3000 元（不含 3000 元），小于等于 5000 元的，资助标准为 3000 元；

(2) 家庭自费部分大于 5000 元（不含 5000 元），小于等于 7000 元的，资助标准为 5000 元；

(3) 家庭自费部分大于 7000 元（不含 7000 元），小于等于 10000 元的，资助标准为 7000 元；

(4) 家庭自费部分大于 10000 元的（不含 10000 元），资助标准为 10000 元。

2、您必须保证此前所提供的求助资料的真实性，如经核实发现有不实情况，基金会将收回资助款并追究相关法律责任。

3、本项目原则上为一次性资助，同一患儿只有一次获得资助的机会，本次资助后将不再接受重复申请。但若有社会爱心人士定向为患儿捐款，中国出生缺陷干预救助基金会保证将该定向资助款及时用于患儿的医疗救助。

4、中止及终止资助

(1) 经医疗检查，需暂缓治疗的，中止资助。中止资助的患儿可以申请列入暂缓治疗名单。符合治疗条件时，监护人须通过项目实施单位通知项目管理单位，评审时可优先列入评审名单；

(2) 在评审回访时如发现隐瞒患儿实际情况的（依据评审时间为准），终止资助；

(3) 如果患儿因病去世且未产生医疗费用的，及病情自行愈合的，终止资助；

(4) 家庭自费部分金额不足 3000 元的终止资助；

5、基金会只在医疗费用上予以资助，不能承担治疗效果、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。

6、为便于接受社会监督，基金会可通过媒体对外公布受助患儿的基本情况。

7、优先选择就近的项目实施单位作为患儿就医医院，具体分布情况可咨询当地项目管理单位或基金会。

8、患儿监护人须通过项目实施单位向项目管理单位提交以下资料：

(1) 监护人签字并按手印（拇指或食指手印）后的《出生缺陷救助项目受助患儿回执单》回执一份。

(2) 住院首页、出院记录（有医院印章）或者门诊（急）诊记录（有医院印章）。

(3) 费用清单（可以是复印件，但需有印章）。

(4) 患儿治疗前后照片(可提供电子版)。

(5) 医疗票据,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患儿,直接提供患儿医疗票据原件;收据上无收费明细的需同时提供收费结算单。

②参加“新农合”、“城镇医保”或其他商业保险的患儿,且就医医院可直接办理医保报销的,由申请人提供患儿报销后的原始票据;如就医医院无法办理医保报销的,由患儿监护人先到上述部门报销,报销后提供报销补偿单原件(原件报销部门需要留存的,提供加盖报销部门公章的复印件)及加盖有报销部门公章的医疗票据复印件,医疗费收据上无收费明细的需同时提供收费结算单。

③患儿的监护人请以患儿名字在中国银行、中国工商银行、中国建设银行、中国农业银行和农村信用合作联社(农村商业银行)中任选一家金融机构,办理一张银行卡或存折后,提供银行卡或存折首页复印件及患儿户口簿复印件。或者提供监护人银行账户(需为以上五个银行之一),以及与患儿的监护关系证明(户口簿或其他可证明监护关系的证明)。

9、患儿资助回执单及以上相关资料由项目管理单位审核后,经省卫计委备案后报至中国出生缺陷干预救助基金会,由基金会对手儿以上资料及医疗票据进行审核后,向确认无误的受助患儿银行账户里拨付相应的资助款项。

10、请填写并沿虚线裁下“回执”,连同上述第8条所列资料,通过所在地项目实施单位报送至项目管理单位,票据资料寄送截止日期为2016年12月30日(以项目管理单位收到医疗票据时间为准)。

11、本项目仅针对患儿在2015年1月1日(含)至2016年12月20日(含)期间产生的医疗费用进行资助,患者需提供的医疗票据必须在此时间范围内。

12、患儿在收到资助款后,请您及时告知所在地项目管理单位或项目实施单位,并有义务配合相关宣传、回访等工作。

祝您孩子早日康复!

年 月 日 年 月 日
(项目管理单位盖章) (基金会盖章)

.....沿 此 线 裁 下.....

回 执

中国出生缺陷干预救助基金会:

我是_____的监护人_____ (如非监护人,请注明与患儿身份:_____),
身份证号:_____,我的联系方式:_____ (必填。如无,可填邻居家
或村(居)委会电话)。现已知悉并同意《出生缺陷救助项目受助患儿回执单》内容。患儿
患有_____病,已于_____年_____月_____日至_____年_____月_____日在医院实
施了治疗,医疗费用共计_____元,自行支付_____元,属于第_____条资助标准的款,资助
金额为_____元,请将资助款汇入患儿账户:

患儿银行卡或存折账户户名:_____

开户行:(银行分行支行)_____

卡号或存折账号:_____。

患儿监护人签名(按手印):

年 月 日