**慈善扶助**

抚顺市慈善总会“精神康宁”救助项目

政策依据：《关于2018年“精神康宁”救助项目的实施意见》（抚慈发[2018]1号）

**一、救助范围及条件：**我市城乡低保和低保边缘户家庭具有专业医院诊断证明的精神障碍患者。

**二、办理程序：**

1.填表申报。凡符合救助条件的患者，其家属（监护人）到各县区民政局（慈善会）领取并填写《审批表》，并粘贴一寸彩色照片。已参加城镇职工医疗保险、城镇居民医疗保险或农村合作医疗的低保或低保边缘户患者，要把医保手续、低保证、低保边缘户证、身份证、户口簿、“新农合”或“城镇医保证件（卡）”，精神疾病专业医疗机构诊断书复印件（一式3份），随《审批表》一并交到户口所在社区（村）、街道（镇）和各县区慈善会（民政局）审定后，按全年计划分批次呈报市慈善总会审批。《审批表》由市慈善总会、定点医院和各县区慈善会（民政局）分别留存。

2.住院治疗。患者住院后，其家属（监护人）应提交患者病情资料；经院方组织医务人员进行检查评估，符合住院标准的方可住院治疗。对不符合住院治疗的患者，院方有权拒收或告之其家属（监护人）接回。3、办理出院。患者经过一个疗程治疗后，由院方按出院标准进行出院小结，并通知其家属（监护人）办理出院手续。同时，院方将出院患者名单和相关结算资料及时反馈市慈善总会，并作为结算依据。

**三、救助标准：**市慈善总会计划每年安排500名患者免费入院治疗一期，每期3个月为一个疗程，患者到期原则上一律出院。特殊情况经院方提出医疗建议，并经县区慈善会（民政局）同意，市慈善总会批准后方可延期治疗，并占用1人次计划名额。对第一、二期住院治疗的患者实行免费，连续三期住院的城镇医保患者承担1000元，农村新农合患者承担500元。连续四期的患者各项费用全部由患者家属（监护人）承担。连续住院患者是指出院间隔不足一期即三个月。

**四、定点医院**：

抚顺煤矿脑科医院

**五、办理时间：**

法定工作日

**六、办理地点**：

县区民政局（慈善会）、市慈善总会

**七、联系电话：**

024-53910306

**抚顺市慈善总会“精神康宁”救助审批表**

县区： 编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者自然情况 | 姓名 |  | 性别 | |  | 出生  年月 | | |  | | 贴一寸  彩 照 | |
| 所患疾病 |  | 原诊断医 院 | |  | | | | | |
| 家庭住址 |  | | | 工作单位 | |  | | | |
| 监护人  姓 名 |  | | 电 话 | |  | | | | | | |
| 低保  医保  类别 | 城镇低保□ 农村低保□ 低保证编号： | | | | | | | | | | | |
| 城镇医保□ 新农合医保□ 医保证编号： | | | | | | | | | | | |
| 社区（村）证明：  盖 章  负责人签字：  年 月 日 | | | | | 街道（乡、镇）证明：  盖 章  负责人签字：  年 月 日 | | | | | | | |
| 县区民政局（慈善会）意见：  盖 章  负责人签字：  年 月 日 | | | | | 市慈善总会审批意见：  盖 章  负责人签字：  年 月 日 | | | | | | | |
| 脑科医院处置意见：  盖 章  负责人签字：  年 月 日 | | | | | 市慈善总会救助疗程期 | | | | | | | |
| 一期 | | | 二期 | | 三期 | | 四期 |
|  | | |  | |  | |  |

备注：呈报《审批表》时，需携带低保证、身份证、户口薄、病情诊断书、新农合或城镇医保卡（证）原件由各县区审核。同时，将上述原件复印件（一式三份），附在三张《审批表》后到市慈善总会审批。《审批表》由市总会、县区民政局（慈善会）和院方各留存一份。