

# 龙陵县人民政府办公室文件

龙政办发〔2018〕8号

---

## 龙陵县人民政府办公室关于 印发龙陵县博爱基金救助实施方案的通知

各乡、镇人民政府，县政府各工作部门，县直有关单位：

《龙陵县博爱基金救助实施方案》已经县人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。



2018年3月29日

# 龙陵县博爱基金救助实施方案

为发扬中华民族积德行善、扶危济困的传统美德，增强在脱贫攻坚工作中的人道主义救助能力，规范全县慈善募捐工作，成立龙陵县博爱基金，由县红十字会在全县范围内组织开展博爱募捐救助活动。为管理和使用好救助基金，结合实际，制定本方案。

## 一、组织机构

由县红十字会会长任组长，县委办公室、人大常委会办公室、县人民政府办公室、县政协办公室、县监察委员会、县工商业联合会、共青团龙陵县委员会、县妇女联合会、县残疾人联合会、县教育局、县民政局、县财政局、县人力资源和社会保障局、县卫生和计划生育局、县审计局、县扶贫开发办公室、县红十字会为成员单位的基金管理工作领导小组，下设办公室在县红十字会，由红十字会常务副会长兼任办公室主任，负责日常管理工作。

## 二、救助原则和救助对象

### （一）救助原则

1. 坚持家庭责任为主、政府救助为辅、博爱基金救助为补充的原则。
2. 每个救助对象每年只能申请一次救助，已经接受过其他救助的对象不再给予救助（特殊情况可视情况临时救助）。
3. 捐赠人指定救助对象的捐款，以尊重捐赠人的意愿为原则。

### （二）救助对象

1. 城乡居民因患危急重症疾病致贫的。
2. 城乡贫困家庭子女就读高中及大学困难的。
3. 城乡居民因中、重度残疾致贫的。
4. 城乡贫困家庭妇女儿童生产生活救助。

### 三、救助程序及审批方式

#### （一）救助程序

1. 申请救助对象提交申请材料。申请救助对象需提交的材料：（1）填写《龙陵县红十字会博爱基金救助申请表》，经所在地村民委员会或社区居民委员会、乡镇人民政府审核签字盖章后提交县博爱基金管理工作领导小组办公室（县红十字会）。（2）有效证明材料：所有申请救助对象均需提供家庭户口簿和申请救助人员身份证复印件各一份，经所在地村民委员会或社区居民委员会、乡镇人民政府和县民政局逐级审批的贫困证明（原件），申请救助人的开户银行名称、银行卡或存折复印件；申请医疗救助需同时提交二级以上医院病情证明、本年度医疗费用清单复印件；申请贫困助学的需同时提供共青团县委出具的助学救助证明（原件）；申请救助人员属残疾人的需同时提供残疾人证（原件）；申请救助人员属低保户的需同时提供云南省农村最低生活保障领取证复印件。

2. 申请救助对象提交完整材料后，县基金管理领导小组办公室派人入户核查确定是否给予救助。

3. 将申请救助对象提交的有关资料报联席会议审批，确定

救助金额。

4. 对联席会议审核通过的拟救助对象相关信息通过新闻媒体进行公示 5 个工作日，经公示后无异议的给予实施救助。

5. 拨付救助资金。

## （二）审批方式

实行联席会议审批制度，原则上每季度组织召开一次联席会议，特殊情况实行先救助后审批。参加联席会议的人员为：1. 县博爱基金管理工作领导小组成员单位各 1 名领导；2. 申请救助对象所在乡镇分管扶贫工作的领导；3. 三家捐款单位或爱心人士代表。

## （三）不以救助的情形

1. 申请人不接受家庭和救助者相关信息公示；

2. 申请人提供虚假材料、隐瞒家庭收入、财产、房产、享受医保情况等与救助条件密切相关的信息。

# 四、救助标准及资金拨付

## （一）救助标准

对符合条件的救助对象给予一次性资金救助，救助标准为：人民币 1000—5000 元。特殊情况酌情提高救助标准，最高不超过 10000 元。

## （二）资金拨付

由县博爱基金管理工作领导小组办公室（县红十字会）将救助金以转账方式划拨到申请救助入账户。

## 五、基金监督管理使用和募捐

（一）县红十字会负责做好博爱基金管理工作，将募捐到的资金存入县红十字会募捐专户，实行专账核算、专款专用。

（二）每季度通过新闻媒体向社会公布基金的募集、管理和使用情况。

（三）自觉接受审计部门审计和监察机关、社会各界及广大群众的监督。

（四）救助资金只能用于助困、助医、助学、助残，不能挪作他用。

（五）通过社会各界爱心人士不定时捐赠及有组织的开展募捐活动不断筹集资金。

附件：龙陵县红十字会博爱基金救助申请表

附件

龙陵县红十字会博爱基金救助申请表

编号：

申请人		性别		年龄		照片粘贴处
民族		身份证号				
联系电话				建档立卡户	是 否	
家庭住址						
家庭主要成员	姓 名	称谓	年龄	身份证号码		月收入(元)
家庭其它收入或受助情况（低保金、帮困助学金等）：						
申请资助理由：						
我声明以上所填写内容真实，如有虚假、伪造或隐瞒等行为，县红十字会有权追回救助资金，在维护我权益的前提下同意县红十字会使用照片、录像等资料用于公益目的宣传。						
申请人签名（手印）：年 月 日						

<p>社区居（村）委会审核意见：</p>     <p>（盖章）</p> <p>联系电话：</p> <p>年 月 日</p>	<p>乡镇政府审核意见：</p>     <p>（盖章）</p> <p>联系电话：</p> <p>年 月 日</p>
<p>相关部门审核意见：</p>     <p>（盖章）</p> <p>年 月 日</p>	<p>联席会议审核意见：</p>     <p>参会人员签字：</p>     <p>年 月 日</p>
<p>县红十字会会长审批意见：</p>     <p>签 字：</p> <p>年 月 日</p>	

