

会泽县卫生健康局 会泽县红十字会 文件

会卫健发〔2024〕96号

关于印发会泽县 2024 年“5·8 人道公益日” 困境严重精神障碍患者关爱救助行动 实施方案的通知

各乡（镇）人民政府、街道办事处：

为切实做好会泽县 2024 年“5·8 人道公益日”困境严重精神障碍患者关爱救助行动工作，现将《会泽县 2024 年“5·8 人道公益日”困境严重精神障碍患者关爱救助行动实施方案》印发你们，请认真抓好贯彻落实。



会泽县卫生健康局



会泽县红十字会
2024年10月25日

会泽县卫生健康局办公室

2024年10月25日印发

会泽县 2024 年“5·8 人道公益日”困境严重精神障碍患者关爱救助行动实施方案

为全面贯彻落实省委对曲靖“六个方面走在全省前列”的要求和市委、市政府工作部署，切实帮助会泽县困境严重精神障碍患者及家庭，确保困境严重精神障碍患者获得及时有效的医疗救治服务，减轻患者及其家庭的经济负担，根据《曲靖市红十字会关于拨付 2024 年“5·8 人道公益日”严重精神障碍患者关爱救助行动网络筹款的通知》《会泽县红十字会关于做好 2024 年“5·8 人道公益日”严重精神障碍患者关爱救助网络筹款项目执行的函》要求，聚焦严重精神障碍导致的困难人群，通过“5·8 人道公益日”众筹活动项目，帮助患者获得治疗、重返社会、开启新生活、重新点燃希望之火，让困境严重精神障碍患者关爱救助行动落到实处，特制定本方案。

一、项目目标

通过会泽县 2024 年“5·8 人道公益日”困境严重精神障碍患者关爱救助行动，切实帮助会泽县困境严重精神障碍患者及其家庭，秉持生命至上，以人民为中心的理念，用心用情用力办好民生实事，让困境人群拥有实实在在的获得感、幸福感、安全感。

二、项目实施

（一）项目执行受益对象

1.会泽县困境严重精神障碍患者；

2.符合《中华人民共和国精神卫生法》第三十条第二款第二项情形并经诊断、病情评估为严重精神障碍患者；

3.符合《云南省低收入人口认定管理暂行办法》（云民规〔2023〕3号）规定的6类贫困类型精神障碍患者及家庭：一是最低生活保障对象；二是特困人员；三是最低生活保障边缘家庭；四是防止返贫监测对象；五是支出困难型家庭；六是其他低收入人口。

（二）项目执行资助标准

按照每人600元的标准资助，田坝乡其中一人多救助104.01元。

（三）申请救助流程

1.申请并提交资料。符合困境救助对象的严重精神障碍患者，向户籍（居住）所在地村（居）委会提出申请，填写《会泽县2024年“5·8人道公益日”严重精神障碍患者救助申请表》（附件2）及提交相应支撑材料，包括：身份证、户口簿复印件、县级以上医院病情诊断证明、困境佐证资料、付款凭证、费用发票、银行卡复印件、其他凭证等。

2.村（居）委会初审。村（居）委会对申请人情况和材料进行评估核实，并出具困境证明，签署意见盖章后，报各乡（镇）人民政府、街道办事处复审。

3.乡（镇、街道）人民政府复审。各乡（镇）人民政府、街道办事处对相关材料进行深入核实，严格把关，杜绝公职人员、

高收入人群得到救助，最终确定符合申请条件的人员，填报《会泽县 2024 年“5·8 人道公益日”严重精神障碍患者受助情况统计表》（附件 3），并汇总《会泽县 2024 年“5·8 人道公益日”严重精神障碍患者救助申请表》（附件 2）于 2024 年 11 月 29 日前一并报县卫生健康局审核确认。

4.县卫生健康局审核确认。县卫生健康局认真核实确认，在 10 个工作日内完成终审后，由县红十字会提出意见。双方审核通过后，将名单返回所在村（居）委会公示 5 个工作日，将申请人的相应材料存档备查。

5.资助资金拨付。县卫生健康局确认受益人信息准确无误后，资助资金由县卫生健康局一次性直接转账至受益人或者监护人的银行卡上。

6.项目回访。县卫生健康局会同县红十字会开展抽样回访活动切实了解受益人情况，并挖掘典型事迹，营造“人人参与公益 人人皆可公益”的良好氛围。

7.项目结项。县卫生健康局负责项目结项和相关资料收集，项目全过程全周期依规依法完成后及时组织开展项目督导，结项后将相关资料报县红十字会备查及上报。

8.项目复盘。项目结束后开展项目复盘和总结工作。

三、项目实施周期

2024 年 11 月 1 日至 2024 年 12 月 30 日。

四、项目预算及执行

资金主要用于会泽县辖区内困境严重精神障碍患者救助。

五、保障措施

（一）经费来源。根据曲靖市红十字会《关于做好 2024 年“5·8 人道公益日”会泽县严重精神障碍患者关爱行动网络筹款项目执行的通知》文件，实际拨付到会泽县红十字会资金 198104.01 元为准，由会泽县红十字会全部拨付到会泽县卫生健康局执行。

（二）加强组织领导。会泽县红十字会联合会泽县卫生健康局成立严重精神障碍患者关爱救助行动项目工作领导小组，负责工作的组织、协调、监督、管理，确保做好困境严重精神障碍患者关爱救助行动项目工作。

组 长：顾光敏 会泽县红十字会党组书记

张德山 会泽县卫生健康局局长

副组长：赵 燕 会泽县红十字会党组成员

肖良运 会泽县红十字会专职副监事长

习金平 会泽县卫生健康局副局长

李克博 会泽县卫生健康局党组成员

邓应康 会泽县卫生健康局副局长

成 员：赵 琼 会泽县红十字会办公室主任

王帮华 会泽县卫生健康局财务科负责人

李汝娥 会泽县卫生健康局疾病预防与食品安全
监测科科长

罗忠兰 会泽县卫生健康局体制改革与医政药政
管理科科长

潘绍怀 会泽县人民医院副院长

唐凤阳 会泽县红十字会工作人员

周 梅 会泽县卫生健康局疾病预防与食品安全
监测科工作人员

陈光才 会泽县严重精神障碍管理项目办公室主
任（会泽县人民医院精神科主任）

领导小组办公室设在会泽县卫生健康局，由周梅、赵琼负责具体业务工作。

（三）挖掘亮点。各乡（镇）人民政府、街道办事处要充分挖掘项目执行过程中的亮点，打造好“一个救助一个故事”“一个故事一个典型”。通过视频、图片和文字记录下感人的事迹和故事。

（四）传递温暖。为把好事做好，务必要把爱心企业和爱心人士浓浓暖意送给受益人，时刻注意个人形象和言行，人道的核心是维护人类尊严，帮助受益人的同时也要保护好隐私，规避舆情风险，让爱温暖传递。

（五）回访总结。各乡（镇）人民政府、街道办事处要利用特殊纪念日或者节假日开展回访活动，项目结项之后开展复盘活动，总结经验，发挥优势，形成项目闭环。

（六）严格管理。严格按照项目管理预算要求执行。严肃财经纪律，严格资金限额和用途管制，专款专用，不越规不越纪。定期汇总分析项目实施情况，及时向领导小组反馈工作进展、成效和存在问题。

（七）财务披露。依法依规，公开透明，及时披露项目执行动态。

（八）做好风险防控。要严格把握关爱救助对象，精准受益人。如申请材料造假，由各乡镇（镇）人民政府、街道办事处负责追回已发放的款项，且承担相应追责后果。项目执行中做好廉政风险把控。

项目联系人：周梅，联系电话：15911992026；邮箱：373900633@qq.com

- 附件：1.会泽县 2024 年“5·8 人道公益日”严重精神障碍患者救助名额分配表
- 2.会泽县 2024 年“5·8 人道公益日”严重精神障碍患者救助申请表
- 3.会泽县 2024 年“5·8 人道公益日”严重精神障碍患者受助情况统计表
- 4.会泽县 2024 年“5·8 人道公益日”严重精神障碍患者救助资金预算表

附件 1

会泽县 2024 年“5·8 人道公益日”严重精神障碍患者
救助名额分配表

序号	乡（镇、街道）名称	在册管理患者数	具体分配名额	备注
1	金钟街道	114	6	
2	古城街道	233	12	
3	宝云街道	279	15	
4	钟屏街道	359	19	
5	以礼街道	258	14	
6	娜姑镇	395	21	
7	迤车镇	522	28	
8	矿山镇	179	10	
9	者海镇	590	31	
10	待补镇	295	16	
11	乐业镇	485	26	
12	大井镇	247	13	
13	纸厂乡	158	8	
14	马路乡	197	11	
15	火红乡	206	11	
16	新街回族乡	134	7	
17	雨碌乡	216	11	
18	大海乡	100	5	
19	鲁纳乡	138	7	
20	老厂乡	159	8	
21	上村乡	201	11	
22	五星乡	200	11	
23	驾车乡	170	9	
24	大桥乡	162	9	
25	田坝乡	214	11	
合计	会泽县	6211	330	

附件 2

所属乡（镇、街道）：_____ 申请人编号：_____

会泽县 2024 年“5·8 人道公益日”严重精神
障碍患者救助申请表

申请人姓名：_____ 患者姓名：_____ 联系电话：_____

会泽县 2024 年“5·8 人道公益日”严重精神障碍患者救助申请表

所在乡（镇、街道）：

申请人姓名				申请人身份证号码			
性别				联系电话			
家庭详细住址				与患者的关系			
患者姓名			性 别		患者身份证号码		
患病名称			确诊时间			纳入管理时间	
家庭主要成员情况	姓 名	年 龄	与患者关系	职业		身份证号	
当年是否接受过其他公益组织救助			是（ ）	救助的金额			
			否（ ）				
申请承诺： 我所填写的材料全部真实可信，愿意承担因材料失实带来的全部责任！ 申请人或受助人签字：_____ 年 月 日							

患者户籍所在地(居)委会审核意见	患者贫困类型：☐最低生活保障对象 ☐特困人员 ☐最低生活保障边缘家庭 ☐防止返贫监测对象 ☐支出困难型家庭☐其他低收入人口 意见： 负责人签名：_____（盖章） 联系方式：_____年 月 日
患者户籍所在地(镇、街道)政府审核意见	患者贫困类型：☐最低生活保障对象 ☐特困人员 ☐最低生活保障边缘家庭 ☐防止返贫监测对象 ☐支出困难型家庭☐其他低收入人口 意见： 负责人签名：_____（盖章） 联系方式：_____年 月 日

县卫生健康局审核 确认意见	(盖章) 负责人签名： 联系方式： 年 月 日
县红十字会意见	(盖章) 负责人签名： 联系方式： 年 月 日

附件一 身份证明

患者身份证和户口本复印件粘贴处：

申请人身份证和户口本复印件粘贴处：

附件二 受助人银行卡复印件

附件 3

会泽县 2024 年 “5·8 人道公益日” 严重精神障碍患者受助情况统计表

填报单位（盖章）：

序号	收益人姓名	性别	身份证号码	病情诊断	监护人姓名	家庭地址	手机号码	银行开户名	银行卡号	开户行（网点）	发放金额（元）	备注
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
...												
...												
合计												

主要领导签字：

填报人：

联系电话：

填表时间：

附件 4

会泽县 2024 年 “5·8 人道公益日” 严重精神障碍患者
救助资金预算表

序号	乡（镇、街道）名称	具体分配名额	预算资金 （元）	备注
1	金钟街道	6	3600	
2	古城街道	12	7200	
3	宝云街道	15	9000	
4	钟屏街道	19	11400	
5	以礼街道	14	8400	
6	娜姑镇	21	12600	
7	迤车镇	28	16800	
8	矿山镇	10	6000	
9	者海镇	31	18600	
10	待补镇	16	9600	
11	乐业镇	26	15600	
12	大井镇	13	7800	
13	纸厂乡	8	4800	
14	马路乡	11	6600	
15	火红乡	11	6600	
16	新街回族乡	7	4200	
17	雨碌乡	11	6600	
18	大海乡	5	3000	
19	鲁纳乡	7	4200	
20	老厂乡	8	4800	
21	上村乡	11	6600	
22	五星乡	11	6600	
23	驾车乡	9	5400	
24	大桥乡	9	5400	
25	田坝乡	11	6704.01	
合计	会泽县	330	198104·01	