

红河哈尼族彝族自治州红十字会

(2026) -19

关于印发《红河州红十字会人道救助工作办法》 的通知

机关各部室、备灾救灾中心（应急救护培训中心）：

《红河州红十字会人道救助工作办法》已经2026年第七次党组会研究通过，现印发你们，请认真遵照执行。



红河州红十字会人道救助工作办法

为全面贯彻落实党的二十大和二十届历次全会精神以及习近平总书记关于红十字事业的重要指示批示精神，认真落实中央决策部署和省、州工作要求，践行正确政绩观，弘扬“人道、博爱、奉献”的红十字精神，坚持以人为本、便民利民、精准救助、公开透明原则，最大限度保障困难群众基本人道需求，构建覆盖城乡、高效便捷的人道救助体系，深化“为民造福”。根据《中华人民共和国红十字会法》、《中华人民共和国慈善法》相关规定，结合实际，制定本办法。

一、救助范围与对象

（一）救助范围

- 1.大病医疗救助：患恶性肿瘤、严重心脑血管疾病，以及因重大器官移植等造成自付费用高、家庭无力承担的患者；
- 2.突发灾害/意外救助：因遭遇自然灾害和突发意外事故导致基本生活陷入困境的个人/家庭；
- 3.临时生活救助：因失业、重病、孤寡等导致基本生活难以继的困难家庭；
- 4.特殊群体关爱：困境儿童助学、器官/造血干细胞捐献者家庭慰问、红十字志愿者/会员困难帮扶等。

（二）救助对象

- 1.红河州辖区内常住户籍人员；
- 2.未纳入政府兜底救助，或经政府救助后仍有突出人道需求人员。

二、救助标准

人道救助实行“募款规模定盘子、救助人数分档次、困难程度核额度”的动态管理机制，人员类救助原则上根据年度非定向募集总量、突发或常规救助人次及个案困难层级综合研判、动态优化，确保救助力度与募捐能力、救助需求精准匹配。

- 1.临时生活救助：500—2000 元/户（一次性）。
- 2.大病医疗救助：按自付费用 5%—20%给予救助，最高救助 2 万元/人/年。
- 3.灾害/意外救助：1000—20000 元/户（视灾情损失而定）。
- 4.困境儿童助学：小学 1200 元/年、初中 1800 元/年、高中及以上 3000 元/年。
- 5.特殊关爱：按 300—2000 元/人标准发放慰问物资或慰问金。

三、救助人员信息来源

- （一）市、县红十字会上报的困境人员；
- （二）各类社会爱心组织反映的困境人员；
- （三）机关、企事业单位和社会团体等反映的困境人员；
- （四）直接向州红十字会反映的困境人员；

(五) 其他渠道反映的特殊困境人员。

四、资金来源及管理

(一) 资金来源

1. 财政专项补助;
2. 社会组织、企业及个人定向或非定向捐赠;
3. 其他合法渠道资金。

(二) 资金管理

1. 专户管理、专款专用、专账核算，严禁截留、挤占、挪用。
2. 每月公示资金收支、救助发放情况，接受审计与社会监督。

五、救助程序

相关工作人员接到求助信息后，要认真做好求助人员登记、核实工作；州红十字会救助工作领导小组定期对各种渠道反映上来的求助人员情况进行研判，确定救助方式、救助金额等。如遇到特殊情况，可随时研究、办理。要适时组织人员对救助人员进行回访，发现问题及时解决，确保救助措施落实到位。

(一) 申请

1. 本人/监护人向州红十字会提交书面申请，填写《人道救助申请表》，附所在地乡镇（街道）或村（居）出具申请事由的证明材料。

2. 提交材料：身份证/户口本、疾病诊断书/病历、医疗票据、灾害/意外证明、银行卡信息及其他必要的证明材料等。

（二）审核。州红十字会赈济救护部在5个工作日内完成对申请材料的审核，并按“三重一大”要求，提请本单位执委会或党组会集体研究。

（三）发放。州红十字会执委会或党组会集体研究通过后，3个工作日内将救助金直接拨付至申请人银行卡；物资救助由基层红十字会统一发放并签收。

（四）回访。资金、物资发放后1个月内进行首次回访，了解救助效果，完善救助档案。

六、保障措施

（一）组织保障。成立州红十字会救助工作领导小组，负责救助工作的组织领导、工作协调、督促落实。领导小组由单位主要负责同志任组长，分管副会长任副组长，成员由各部室、中心负责同志组成。领导小组下设办公室在赈济救护部，负责救助工作的具体实施。

（二）宣传引导。通过信息公开平台、微信公众号等方式，大力宣传救助政策、流程、标准，提高群众知晓率。

附件：红河州红十字会人道救助申请审批表

附件



红河州红十字会 人道救助申请审批表

基 本 信 息				
姓名				身份证复印件
年 龄		性 别		
联系电话				
身份证号码				
申请人类别	<input type="checkbox"/> 精准扶贫建档立卡户 <input type="checkbox"/> 城乡贫困人员 <input type="checkbox"/> 其他（备注情况）：			
享受医疗保险情况	<input type="checkbox"/> 享受城镇职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 享受城乡居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 无医疗保险			
申请事由：				
申请人（签字）：				
审 批 意 见				
当地相关部门意见（签章）：		红河州红十字会意见（签章）：		
经办人：		经办人：		
负责人：		负责人：		
年 月 日		年 月 日		