

绿春县红十字会文件

〔2026〕—13

关于印发《绿春县红十字会人道救助工作办法》的通知

各团体会员单位、基层红十字会、机关各部室：

《绿春县红十字会人道救助工作办法》已经 2026 年第九次党组会研究通过，现印发你们，请认真遵照执行。



绿春县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为继的困难家庭；
- 4.特殊群体关爱：家庭困难学生资助、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.绿春县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。

（一）临时生活救助：500—3000 元/户（一次性）。

（二）大病医疗救助：年度累计医疗自付费用超过2万元以上者，给予救助1000-3000元/人/年（对于白血病、先天性心脏病等患者，协助申报中国红十字会基金会专项医疗救助项目）。

（三）灾害/意外救助：1000元以上元/户（视灾情损失而定）。

（四）困难学生资助：小学 600元/人/年、初中1000元/人/年、高中 1500元/人/年、大专及以上 2000元/人/年。

（五）特殊关爱：按 100—2000元/人标准发放慰问物资或慰问金。

属于定向捐赠的，按照捐赠方定向捐赠要求执行。

三、救助人员信息来源

（一）乡镇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）直接向县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；县红十字会党组会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/监护人向县红十字会提交书面申请，填写相应的救助申请表。

2.提交相应材料：**①助学**：身份证/户口本、在读佐证（录取通知书或学校就读证明等）、银行卡信息及其他必要的造成家庭困难的证明材料；**②助医**：身份证/户口本、疾病诊断书/病历、医疗票据、银行卡信息等；**③其他困难救助**：身份证/户口本、银行卡信息及其他必要的造成家庭困难的证明材料。

（二）审核：县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，提请本单位党组会集体研究。

（三）发放：县红十字会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或申请人监护人银行卡；物资救助由基层红十字会或县红十字会统一发放并签收。

（四）回访：资金、物资发放后，适时进行回访，了解救助效果，完善救助档案。

六、保障措施

（一）组织保障。成立县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：通过红十字信息公开平台、县融媒体中心微信公众号等方式，大力宣传救助政策、流程、标准，提高群众知晓率。

附件：

- 1.绿春县红十字会“博爱助学”资助申请表
- 2.绿春县红十字会“博爱助医”救助申请表
- 3.绿春县红十字会困难救助申请表

绿春县红十字会“博爱助学”资助申请表

本人情况	姓 名		性 别		出生年月		照片
	民 族		政治面貌		联系电话		
	身份证号码				就读学校		
特殊群体类型	脱贫不稳定家庭学生： ☐ 是 ☐ 否；突发严重困难户家庭学生： ☐ 是 ☐ 否；边延易致贫户家庭学生： ☐ 是 ☐ 否；农村低保： ☐ 是 ☐ 否；城镇低保： ☐ 是 ☐ 否；特困供养学生： ☐ 是 ☐ 否；孤儿学生： ☐ 是 ☐ 否；家庭经济困难残疾学生及残疾人子女： ☐ 是 ☐ 否；困难职工子女： ☐ 是 ☐ 否；其他特殊困难学生（如遭遇重大变故需提供相关事故认定书、医院诊断及治疗材料等） ☐ 是 ☐ 否；支持红十字事业家庭子女： ☐ 是 ☐ 否（提供近亲属无偿献血相关证书等）						
家庭主要成员情况	姓名	年龄	与学生关系	工作（学习）单位	年收入（元）	健康状况	
家庭详细地址							
家长手机号码							
申请理由： 申请人签名：_____ 年 月 日							
个人承诺					学生本人(或监护人)签字		
所属乡镇(学校或村委会) 审核意见： 年 月 日 (公章)				县红十字会意见： 年 月 日 (公章)			

注：承诺内容需本人手工填写“本人承诺以上所填写资料真实，如有虚假，愿承担相应责任。”

绿春县红十字会“博爱助医”救助申请表

患者姓名		性别		出生日期	
家庭住址					
联系电话		家庭经济来源			
基本状况	家庭人口：		患病情况：		
	家庭年收入：		患病时间：		
	是否享受低保：		医疗自费金额：		
申请理由					
患者签名：					
乡镇或者单位审核意见					
经审核，是/否符合救助条件。 审核人签字： 审核人联系电话： 乡镇或单位盖章： 年 月 日					
县红十字会救助意见					
经评审，_____救助条件，救助_____。					
负责人签名：年 月 日					

备注：

1. 本人必须如实填写，一旦发现弄虚作假，取消救助。

2. 申报时需提供：医院诊断证明、治疗期间缴费票据、患者身份证或者户口本复印件、患者银行卡复印件等。

3. 县红十字会地址：绿春县民政局办公楼二楼红十字会办公室，联系电话：0873-4225914。

绿春县红十字会困难救助申请表

姓名		性别		出生年月	
民族		婚姻状况		文化程度	
住址（单位）				联系电话	
家庭主要经济来源：					
申请救助理由					
所属乡镇（单位）意见	经审核，是/否符合救助条件。 审核人签字：审核人联系电话： （盖章单位） 年 月 日				
县红十字会意见	（单位） 年 月 日				

备注：1.本申请表由救助申请人填写，申请表填写要规范；2.申请人应提供造成家庭生活困难的相关证明材料。