

# 六安市民政局 六安市慈善协会 六安市慈善基金会

## 文件

六慈〔2021〕7号

## 关于实施六安市 2021 年“慈善救急难” 项目的通知

各县区慈善协会（民政局）：

为帮助低保家庭缓解大病医疗经济负担，经研究，由市慈善协会从六安市直单位 2020 年“慈善一日捐”活动募集资金中安排 50 万元、六安市慈善基金会配套安排 40 万元，项目资金合计 90 万元，用于实施六安市 2021 年“慈善救急难”项目。现就有关事项通知如下：

### 一、救助对象及标准

根据项目要求，经市医保局分别对全市 2020 年度以及 2021 年 1 月至 6 月期间就医个人自付费用达 8 万元以上的低保家庭进行摸底，共筛选出 77 户拟救助对象（名单随文附后）。救助

标准根据家庭经济状况、自付费用及后续医治情况综合确定。

## 二、项目实施时间

2021年11月至12月

## 三、项目实施程序

1. 各县区慈善协会（民政局）统筹联系辖区拟救助对象填报《六安市2021年“慈善救急难”项目申请表》（见附件），必要的应当入户核实，最迟于12月10日前汇总报送市慈善协会、基金会审定；

2. 市慈善协会、基金会召开会议研究确定救助名单及救助标准，于12月20日前下拨项目资金至各县区慈善协会（民政局）；

3. 各县区慈善协会（民政局）于12月底前将项目资金打卡发放到户，打卡凭证及时盖章寄送市慈善协会、基金会。

市慈善协会、基金会将选择若干救助对象现场发放，具体名单另行通知。

项目实施过程中，鼓励各县区慈善协会安排项目配套资金，扩大救助面。

附件：六安市2021年“慈善救急难”项目申请表



附件

## 六安市 2021 年“慈善救急难”项目申请表

本表一式一份，原件报市慈善协会、基金会，各县区自行复印留存；本表仅供项目申报及必要的慈善信息公开使用，不得用于其他途径，申请人隐私受法律保护。

姓名		性别		籍贯	
身份证号码			低保类型	<input type="checkbox"/> A类 <input type="checkbox"/> B类 <input type="checkbox"/> C类	
家庭地址					
银行卡折	姓名：				
	开户行：				
	银行账号：				
确诊病种				确诊时间	
家庭人口		是否单亲家庭		是否持续治疗	
家庭主要成员情况	姓名	与患者关系	职业	身体状况	联系方式
家庭情况简介：					
申请人（签字）： 年 月 日					
县区慈善协会意见：					
（公章） 年 月 日					
市慈善协会、基金会意见：					
（公章） 年 月 日					

随表附：1、低保证复印件（如低保已取消请附说明）；2、住院诊断或出院小结复印件。

