

# 救助重症病童合作协议

甲方：广东公益恤孤助学促进会

乙方：广东省第二人民医院

为更好地履行社会责任、建设幸福广东，甲乙双方经友好协商，就救助困难家庭的重症病童达成以下合作协议。

## 一、合作目的

1、响应政府对民生兜底保障工作的号召，鼓励社会各界力量参与到社会救助的慈善工作当中，为困境家庭的重症病童提供社会救助。

2、甲乙双方携手合作救助重症病童，探索集合多方社会资源救助重症病童的途径。

## 二、救助对象和原则

1、救助对象：低保和困难家庭中因罹患先天性心脏病、白血病、地中海贫血、癌症、罕见病或其他重大伤病住院治疗的未满 18 周岁病童。

2、救助原则：在医保、自筹、医院减免和社会救助后仍大幅度超过其承受能力，按急需的情况予以及时的适度救助。

## 三、救助对象的确定：

1、甲方按上述救助原则向乙方推荐，经乙方初步诊断、评估，符合乙方医治条件。

2、乙方在医疗中发现的符合上述救助原则和乙方医治条件的重症病童，向甲方推荐，经甲方审核同意。

## 四、救助的方式：

1、甲方每年用于本项目的重症病童救助款原则上不超过 30 万元，可根据实际情况适当调整。

2、经双方确认的救助对象，救助标准为每人每年不超过 3 万元，特殊个案

另行商定。

3、救助款的支付：甲方在收到乙方推荐救助对象的申请资料（见附件一《申请须知》及附件二《重症病童救助申请表》）后，按重症病童救助原则和程序，审核确定救助的金额，向乙方汇付救助款。

## 五、甲方的责任和义务

1、指定专人与乙方联系，保持经常性的沟通。

2、有责任向乙方推荐重症病童，但要经乙方初步诊断、评估，符合乙方救治条件和要求的，才列为本项目救助对象。

3、收到乙方推荐救助对象的申请资料后，在5个工作日内审核确定是否救助及救助金额，派出工作人员核实并取得申请对象的相关资料，以及监护人的签收（见附件三《广东公益恤孤助学促进会重症病童救助款收据》，作为甲方的财务凭证）后，向乙方汇付救助款。

4、不参与、介入医疗医治的工作。

5、必要时可通过媒体或以其他方式向社会募捐善款。

## 六、乙方的责任和义务

1、指定专人与甲方联系，保持经常性的沟通。

2、负责审核并确保向甲方推荐的救助对象所患疾病符合本协议救助原则，并协助符合申请条件的病童向甲方提供“重症病童救助申请表”和附件一《申请须知》第4条所提及的相关的证明材料。

3、负责对确定的救助对象进行治疗，在不影响乙方正常医疗的前提下，对于救助对象给予适当的优先安排。

4、对本项目的救助对象提供以下支持：

（1）相关治疗严格按照国家规定的医疗服务收费标准执行。

（2）接诊科室指定1名专家负责被救助对象的诊疗工作。

5、向甲方提交所确定的受助对象治疗费用预估通知或出院结算单据。

6、如果被救助对象得到本项目救助款后仍需救助，若可能乙方争取通过其他途径继续救助该重症病童。

7、对甲方为重症病童募集捐款的工作、为此安排媒体采访报道以及甲方关

爱重症病童的工作予以支持配合提供方便。

## 七、 附则

1、本协议有效期一年，时间为 2023 年 1 月 1 日-2023 年 12 月 31 日，如续签可在期满前 2 个月双方再行协商。

2、本协议一式两份，甲方执一份，乙方执一份，具有同等法律效力，经授权代表签字并加盖公章之日起生效。

3、本协议未尽事宜，双方友好协商解决。

(以下无正文)

甲方：

广东公益恤孤助学促进会（盖章）

授权代表（签字）



甲方地址：广州市越秀区环市东路 404 号之三 2 楼

邮政编码：510060

电话：(020) 87777268

传真：(020) 37657325

E-mail: gzoes@vip.163.com

开户银行：中国农业银行广州远洋宾馆支行

银行账号：44032601040002708

账户名称：广东公益恤孤助学促进会

联系人：林钧泽

手机：13925009707

签约日期：二〇二三年一月十九日

乙方：

广东省第二人民医院（盖章）

授权代表（签字）



乙方地址：广州市海珠区新港中路 466 号大院

邮政编码：510310

电话：(020) 89169029

传真：(020) 84178990

E-mail: gd2hvolunteer@163.com

开户银行：中国农业银行广州赤岗支行

银行账号：44050301040002090

账户名称：广东省第二人民医院

项目联系人：杨哲

手机：15011736519

签约日期：二〇二三年二月一日



附件一

## 广东公益恤孤助学促进会重症病童救助项目

### 申请须知

- 1、本申请表的递交并不表明肯定获得资助。
- 2、本项目救助对象为 0-18 周岁困难家庭的青少年。
- 3、所有申报资料由重症病童的法定监护人负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性。

4、申请本项目救助必须提供：

- (1) 医院开具的诊断证明（需盖章）；
- (2) 家庭经济情况证明，如低保证、村居委/街道开具相关证明；
- (3) 重症病童的出生证或身份证、家长双方身份证（特殊情况除外）、重症病童和家长户口本复印件；

(4) 在医院的上一期医疗收费票据复印件（如是初期治疗的则提交申请前近一周内的治疗明细清单）等资料。

以上部分资料按法律法规对慈善组织的要求在本会网站公布。

5、本项目只承担重症病童的部分医疗费用。

6、对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，本会保留对申请人追究责任的权利。

7、获得本项目救助的重症病童（监护人）应承诺：“本人愿意向广东公益恤孤助学促进会提供与本项目相关的申请、执行和治疗及康复过程的文字、照片、影像、个人作品等资料，并同意恤孤助学会将这些资料用于官网、微信公众号等平台，进行本项目的宣传推广工作，呼吁社会对重症病童的关心和帮助。”

广东公益恤孤助学促进会

申请人的承诺：

我确认已经阅读和知悉了以上申请须知，并同意上述申报规定。

患儿监护人签字：\_\_\_\_\_

年 月 日

附件二

## 广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表

编号：

申请日期： 年 月 日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	参加医保情况		<input type="checkbox"/> 新农合 <input type="checkbox"/> 城镇居民 <input type="checkbox"/> 企业 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 无 报销比例： %			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
病人直系亲属资料	姓名	性别	年龄	与患者关系	就业及收入情况	联系电话
申请救助理由	本人保证上述情况完全真实。  申请人签名：_____ 年 月 日					
医院填写	疾病诊断及治疗费用（估算）：  医师签名：_____ 年 月 日					
	医院意见：  建议给予医疗救助金 元。 (大写：_____万 _____仟 _____佰 _____拾 _____元 _____角 _____分)  负责人签名：_____ 年 月 日					
广东公益恤孤助学促进会意见：  负责人（签名）：_____ 年 月 日						

附件三



# 廣東公益恤孤助學促進會

## Orphan Education Society Guangdong

### 重症病童救助款收据

病童姓名:	性别:	年龄:
病种:	治疗医院:	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款\*\*\*\*\*元（大写：人民币\*\*\*\*\*整），作为\*\*\*的治疗费用。

受助人 (\*\*\*监护人):

电 话:

见证人 (记者/医护人员/志愿者)

电 话:

经办人:

电 话:

日 期:      年    月    日



# 廣東公益恤孤助學促進會

## Orphan Education Society Guangdong

### 致病童家长的一封信

您好! 广东公益恤孤助学促进会是一个民间的慈善组织, 本项目救助患儿的资金都来源于社会热心人士和企业捐赠, 为了让那些资助过您孩子的热心人士和企业了解其资助的情况和效果, 也为履行对社会公开的承诺, 本会除了按《慈善法》规定在网上公布病童救助情况外, 还向部分捐赠方每月提交善款使用情况的书面说明等资料。本会在资助您孩子后进行电话回访, 关心孩子后续的治疗和身体情况, 以便向捐赠方反馈, 感谢您的配合!

为此非常期望在资助后, 可以收到孩子或您以文字、信件、视频、绘画作品等形式, 向热心人士、企业反馈和致谢, 可通过微信、邮件、快递等方式联系本会 (联系方式见文末)。本会收到后会及时转达, 让热心人士、企业和社会公众更加直观了解善款使用情况和效果, 让更多的社会力量帮助有同样需要的患儿。祝您的孩子早日康复, 身体健康, 阖家幸福!

联系方式如下。

地址: 广东省广州市越秀区环市东路 404 号之三 2 楼

电话: 020-37657329

手机: 资助业务部 13822279353 (微信同号)

邮箱: gzoes@vip.163.com

广东公益恤孤助学促进会

