

沪红发〔2017〕85号

关于开展 2017 学年 上海市红十字会高校学生助医项目的通知

各高校红十字会：

为弘扬红十字精神、体现红十字宗旨，上海市红十字会在人道救助基金中设立了青少年助医专项，向遭遇重大疾病的贫困家庭在校大学生提供人道关怀。经研究，现决定继续开展 2017 学年上海市红十字会高校学生助医项目。具体相关事项通知如下：

一、受助对象和条件

本项目受助对象必须具备上海学籍，为在校、在读的全日制专科生、本科生、研究生，遭遇重大疾病且自愿接受本项目救助。

二、项目实施时间

本项目以各高校红十字会为具体实施单位，进行集中申报。2017 年 10 月中旬为申报阶段，10 月下旬—11 月上旬为资料审查、评估阶段，11 月下旬为款项下拨、发放阶段。

三、助医名额和标准

由多方组成的专家评审组对申报对象进行评审并按照疾病程度和困难状况排序，根据“上海市红十字会人道救助基金”专项资金募集总量分配名额，并分别确定 5000 元/人、3500 元/人和 2000 元/人的三类标准。

四、助医资金来源

本项目资金由“上海市红十字会人道救助基金”青少年助医专项承担。

五、组织实施

1. 上海市红十字会赈济救护部负责本项目的资金募集、拨付；基层组织和青少年部负责本项目的组织、管理和协调。

2. 上海市红十字会组织上海市红十字高校工作委员会、医学专家代表、捐赠方代表、媒体代表等组成评审小组，负责对救助者的申请予以评审。

3. 各高校红十字会负责本校助医对象的排摸、初审、信息登记、申报及助医款的发放，协助项目评估、宣传等。

六、操作流程

（一）排摸助医对象

各高校红十字会应会同校医院或医务室，按上述要求并参照本校历年入选本项目的病种情况，排摸、拟定申请助医的对象。

（二）提出助医申请

2017 年 10 月中旬，学校红十字会根据申请助医的学生所提交的“上海市红十字会高校学生助医项目申报表”（附件 1），核实情况后提出初审意见，并填写“上海市红十字会高校学生助医项目信息汇总表”（附件 2）。各校红十字会务必于 10 月 15 日前，将“申报表”和“汇总表”连同相关材料报送市红十字

会基层组织和青少年部，同时将“汇总表”电子版发至以下邮箱：qsngzb@163.com。

相关材料包括：

1. 学生身份证、学生证复印件；

2. 申请助医对象提供的二级或二级以上医疗机构出具的疾病诊断报告、相关检查报告、费用账单等复印件；

申报表中“院系对该生的困难情况说明”一栏由学生所在院系填写并加盖就读院系公章，院系应对所提供资料的真实性负责。

（三）确认助医对象

上海市红十字会将于 10 月下旬—11 月上旬组织专家评审小组进行助医申请的评审，确定助医对象，并将意见反馈各高校红十字会。

（四）款项拨付

1. 上海市红十字会将于 11 月下旬将助医款划拨至各高校红十字会。

2. 各高校红十字会须在收到市红十字会划拨的助医款后 5 个工作日内，向上海市红十字会开具行政事业单位资金往来结算票据。

3. 各高校红十字会须确保在收到助医款后的 15 个工作日内，将助医款发放至受助学生手中，并做好签收和资料存档工作。签收单须妥善保存，以备市红十字会抽查。

（五）注意事项

1. 受助对象必须符合本通知“受助对象和条件”规定，且本人病情已经二级或二级以上医疗机构确诊并已产生相关治疗费用；

2. 受助对象须从未享受过“上海市红十字会高校学生助医

项目”的救助。

3. 学生的助医申请材料须由学校红十字会统一提交市红十字会。

七、工作要求

1. “上海市红十字会高校学生助医项目”是发挥红十字组织在人道救助领域政府助手作用的重要体现，各高校红十字会应主动与本校校医院或医务室通力协作，认真做好助医对象的排摸工作。

2. 助医项目的实施需充分发挥学校红十字会的作用，进一步挖掘和整合社会资源，增强自我造血功能，提升整体救助能力。

3. 对于已经申报本项目救助但因名额、受助条件等原因未进入本学年救助的，建议各高校红十字会根据申请人的实际情况，做好相应的关爱工作。

特此通知。

附件：1. 上海市红十字会高校学生助医项目申报表
2. 上海市红十字会高校学生助医项目信息汇总表

联系人：沈洁如

电话：52121920

地址：北京西路 1465 号 2202 室

邮编：200040

上海市红十字会

2017 年 9 月 4 日

附件 1

上海市红十字会高校学生助医项目申报表

（2017 学年）

学校			姓名			出生年月	
院系		年 级		联系电话			
身份证号			家庭住址				
临床诊断			病理诊断				
曾接受资助情况				有无医疗保险			
是否自愿接受救助		是 () 否 ()					
申请救助的理由（本人填写）： 签名： 年 月 日							
院系对该生的困难情况说明： （盖 章） 年 月 日							
学校红十字会意见： （盖 章） 年 月 日				市红十字会评审结果： （盖 章） 年 月 日			
备 注							

附件 2

上海市红十字会高校学生助医项目信息汇总表 (2017 学年)

_____ 学校红十字会（盖章）：

序号	姓名	性别	出生 年月	年级	联系电话	有无医 疗保险	曾受 资助 种类	临床诊断	病理诊断	疾病情况与治 疗情况概述 (50 字左右)

接收助医款的学校红十字会银行账号信息：

账户名：_____

开户行：_____

账 号：_____

项目负责教师：_____ 所在部门：_____

办公电话：_____ 传真：_____ 手机号：_____

说明：

1. 本表请务必用 EXCEL 表格制作，并将电子版于 10 月 15 日前发送至：
qsngzb@163.com，文件名统一为“**学校助医项目”。
2. 排序方式：请根据学生的疾病严重程度和困难程度，按照“从高到低”
的顺序，对助医对象进行排序。
3. 此表为样表，表格行数根据学校申报情况而定。

上海市红十字会基层组织和青少年部

2017 年 9 月 8 日印发

