

中国红十字基金会标准
CRCF Standard

HJB
HJB/F 0001-2021

中国红十字基金会
中央专项彩票公益金大病儿童救助项目

执行手册
(先天性心脏病)
(中文版, Chinese Vision)

2021-09-14 发布
Released on 14th 09 2021

2021-09 -14 实施
Implemented on 14th 09 2021

目 录

前 言.....	3
第一章 项目概述.....	4
一、项目执行模式.....	4
二、项目资助标准.....	4
三、项目执行费.....	4
四、项目实施流程图.....	6
第二章 申请.....	7
一、申请条件.....	7
二、申请资料.....	7
三、审核流程.....	8
第三章 评审.....	9
一、评审原则.....	9
二、评审流程.....	9
第四章 资助.....	10
一、资助流程.....	10
二、回执资料.....	10
三、单据说明.....	11
第五章 回访.....	12
一、回访流程.....	12
二、回访内容.....	12
第六章 筛查.....	13
一、实施背景.....	13
二、筛查形式.....	13
三、筛查原则.....	13
四、方案申报.....	13
五、项目资金.....	14
六、优先条件.....	14
七、项目流程.....	14

八、注意事项.....	15
附件.....	16
1. 中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”先心病儿童资助申请表.....	16
2. 中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”先心病儿童补充资助申请表.....	21
3. 中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”先心病儿童资助告知书.....	22
4. 中国红十字基金会“中央专项彩票公益金——先心病儿童筛查行动”项目申报表....	23

前 言

“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”（以下简称“大病儿童救助项目”）是由中国红十字会总会负责，委托中国红十字基金会组织实施，协同全国各级红十字会和定点医疗机构执行，专项救助白血病和先心病儿童的公益项目。该项目已持续开展 12 年，累计获得中央专项彩票公益金资金支持 15.558 亿元，救助白血病、先心病儿童超过 54000 名，直接受益人口超过 27 万人（按照 1 家 5 口人计算）。凭借透明规范的管理、高效的执行，该项目在财政部历年绩效评估中均名列前茅，在历年的国家审计和第三方评估中均无保留通过国家审计署审计以及财政部指定的会计师事务所专项审计，第三方绩效评价综合得分均超过 90 分，被业界定义为“彩票公益金零质疑项目”。由于社会效益突出，该项目 2014 年荣获中央国家机关工委“基层服务型党组织建设优秀品牌”，2018 年作为成功案例被财政部提交全国人大审议，逐步成为国家儿童医疗保障体系和政府医疗救助的有力补充，成为坚定贯彻落实习近平总书记关于“精准扶贫”指示精神的有效实践。

在不断加大救助力度的同时，中国红基会还努力提升政策倡导和行业联合救助推进力度。2013-2015 年连续主办三届中国儿童大病救助论坛，推动我国首个儿童大病救助联盟的成立，还先后发布《中国贫困白血病儿童生存状况调查报告》、《中国儿童大病医疗保障与社会救助分析》、《小天使基金项目评估与战略咨询报告》、《天使阳光基金评估报告》、《儿童白血病救助成效及需求趋势报告》等行业报告，进一步完善国家医疗保障体系，致力于不断改善困境大病患儿及家庭的生存境况。

未来，中国红基会将继续坚守初心、牢记使命，实实在在为群众办实事，在继续做优做实“大病儿童救助项目”、有效提升彩票公益金的社会知晓率、获得社会公众的广泛认可的同时，还将积极发挥中央专项彩票公益金“种子金”作用，想方设法撬动更多社会资源，在患儿心理疏导、生活陪护、生存与发展环境等方面开展立体的人道救助支持与服务，使项目社会效益尽可能最大化。

第一章 项目概述

一、项目执行模式

1. “大病儿童救助项目”资金由财政部批复项目预算至中国红十字会总会，总会根据中国红基会资助计划，通过财政部授权的支付方式拨付资金；
2. “大病儿童救助项目”的管理由总会负责，委托中国红基会组织实施，协同全国各级红十字会/基金会、定点医疗机构协同执行，严格遵守项目管理的相关规定。

二、项目资助标准

1. 家庭自付5千元（不含）至1万元（含）的先心病患儿，每人资助5千元；
2. 家庭自付1万元（不含）至1.5万元（含）的先心病患儿，每人资助1万元；
3. 家庭自付1.5万元（不含）至2万元（含）的先心病患儿，每人资助1.5万元；
4. 家庭自付2万元（不含）至3万元（含）的先心病患儿，每人资助2万元；
5. 家庭自付3万元以上的（不含3万元）先心病患儿，每人资助3万元。

注意事项：

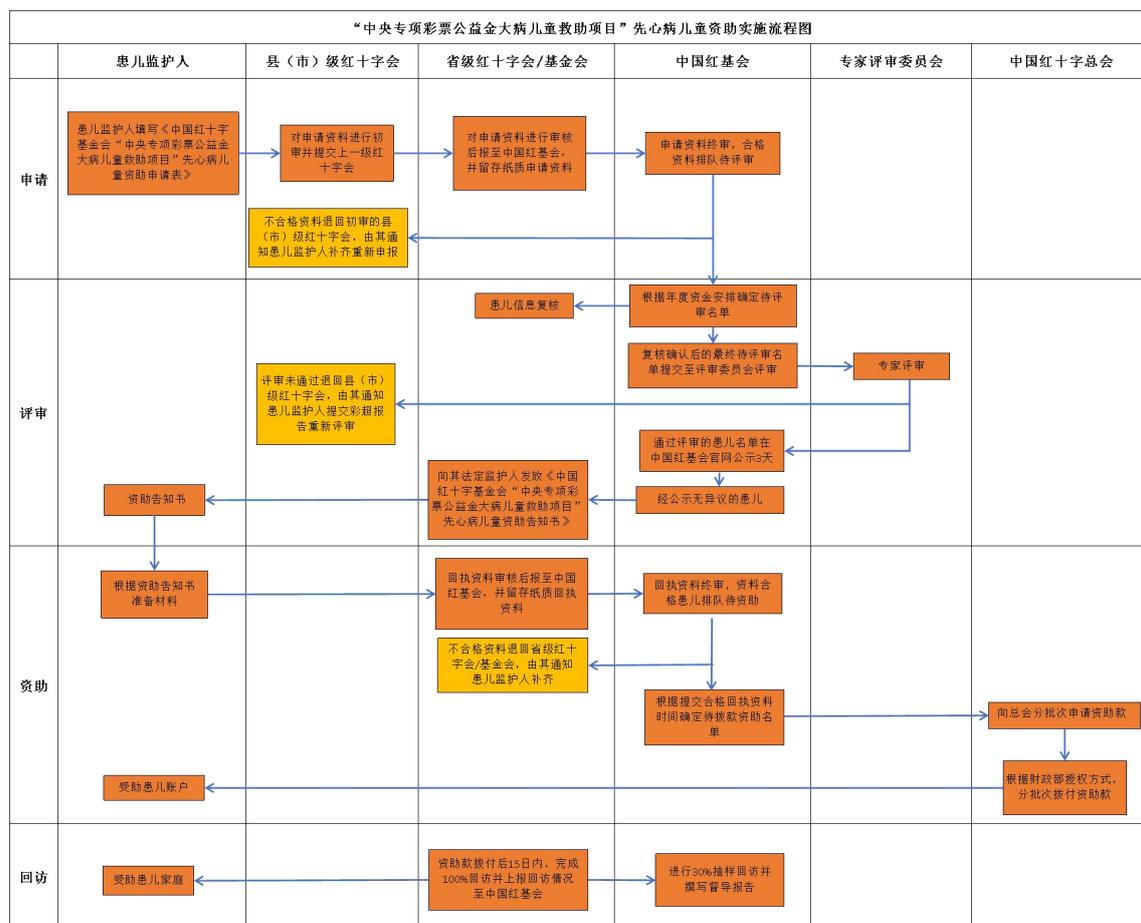
1. 项目资助最低标准为5千元，经基本医疗保险、商业保险等综合报销后，低于最低标准的家庭自付部分将不予资助；
2. 患有复杂先心病需多次手术、且已获得过一次项目资助的患儿，在完成第二次或第三次手术、提报相关资助材料，可予补充资助。最高资助金额累计不超过3万元。

三、项目执行费

1. 从项目中列支执行本项目的必要成本由总会商财政部具体确定；
2. 中国红基会按照财政部授权的支付方式拨付项目执行费；

3. 项目执行费使用范围限定为各级红十字会在执行项目过程中产生的办公耗材、设备购置、项目培训、资助探访、宣传、交通、通讯、邮寄、招募项目官员/志愿者等开支，不得用于工作人员工资福利和与执行项目无关的支出；
4. 执行费须当年使用完毕，使用情况要有明细账目，并在项目结案报告中予以体现。因特殊原因形成的结余资金，须予以说明。

四、项目实施流程图



第二章 申请

一、申请条件

0-14 周岁确诊为“先天性心脏病”且需要手术治疗的中国籍儿童。

注意事项：

1. 申请条件中规定的“周岁”，按照公历的年、月、日计算，从周岁生日的第二天起算。患儿 15 周岁生日第二天 0 时起即为超龄；
2. 年龄节点：以彩票公益金项目管理系统（以下简称：“项目管理系统”）首次录入患儿申请资料的时间为准。
3. 项目为一次性资助原则，已获得“大病儿童救助项目”资助的患儿，除补充资助外，不可重复申请同一病种资助。

二、申请资料

1. 填写完整的《中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”先心病儿童资助申请表》（附件 1）；
2. 申请患儿的户口簿本人页**复印件**；
3. 申请患儿法定监护人双方的户口簿本人页**复印件**、身份证**复印件**；
4. 申请患儿心脏超声检查报告单**原件或复印件**。

注意事项：

1. 以上**四份**材料缺一不可；
2. 资助申请须由患儿法定监护人手写签字确认；
3. 户口簿如无法证实监护关系，须提供患儿出生证明**复印件**或相关部门开具的监护关系证明**原件**；
4. 心脏超声检查报告单须明确显示患儿具体病症及手术指征；
5. 资料审核时须核对申请患儿信息与超声检查报告单所显示患儿信息是否一致；

6. 须询问患儿手术时间安排，并明确告知其监护人项目的手术有效期为3个月，如未能在有效期内完成手术，则无法获得资助资格。
7. 对于已获得过资助并申请补充资助的患儿，无需提交以上材料，仅须填写《中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”先心病儿童补充资助申请表》（附件2）并提交术后材料至省级红十字会/基金会，由其审核后提交中国红基会。

三、审核流程

1. 县（市）级红十字会收到纸质资助申请资料后，在3个工作日内完成审核和项目管理系统录入；
2. 上级红会/基金会在项目管理系统中逐级完成在线资料审核；
3. 中国红基会对省级红会/基金会提交的患儿资料进行审核，纸质申请资料原件由各省负责存档；
4. 中国红基会审核后，合格资料存档待评审，不合格资料退回县（市）级红十字会，重新办理或补齐资料后再申报。

注意事项

1. 项目遵循户籍所在地的申请原则，即患儿法定监护人向患儿户籍所在地的基层红十字会提交申请（如遇特殊情况，请与户籍所在省级红十字会/基金会联系咨询）；
2. 申请表的提交须逐级申报，中国红基会不直接受理申请人的求助申请；
3. 县（市）级红十字会在接收申请表时，须明确告知患儿监护人：申请表的递交不代表可以获得救助，申请资料一经递交不予退回。

第三章 评审

一、评审原则

1. 先后顺序原则：按照待评审患儿的先后顺序依次评审；
2. 量入为出原则：根据项目资金情况确定资助名额
3. 有限资助原则：以国家医疗保障体系救治及家庭自筹为主，项目资助为辅；
4. 综合评定原则：根据患儿病情等情况综合评定资助对象。

二、评审流程

1. 中国红基会根据年度资金额度，分批次拟定待评审名单；
2. 省级红十字会/基金会根据待评审名单对患儿进行情况核实，将结果上报中国红基会；
3. 中国红基会将核实后的待评审名单提交专家评审委员，通过现场或网络评审，确定拟资助名单；
4. 通过评审的拟资助名单在中国红基会官方网站进行为期 3 天的公示；
5. 中国红基会根据公示无异议的拟资助名单，通过省级红十字会/基金会向患儿监护人发放《中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”先心病儿童资助告知书》（附件 3）。

注意事项：

1. 情况核实时，如患儿在评审前已完成手术或去世，须及时告知中国红基会并终止资助程序。
2. 省级红十字会/基金会向患儿法定监护人发放《中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”先心病儿童资助告知书》时，须仔细核对患儿姓名。

第四章 资助

一、资助流程

1. 受助患儿法定监护人在患儿完成手术后，填写《中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”先心病儿童资助告知书》回执单，按告知书要求准备相关资料并提交至省级红十字会/基金会；
2. 省级红十字会/基金会负责对回执资料进行初审，并在项目管理系统中完成录入，并提交中国红基会终审，受助患儿回执资料原件由各省级红十字会/基金会负责存档；
3. 中国红基会审核后，合格资料排队等待资助，不合格资料退回省级红十字会/基金会，由其通知患儿法定监护人补齐资料后重新办理；
4. 中国红基会按照回执资料审核通过时间先后顺序，分批次对资料合格的受助患儿进行资助，资助款将通过财政部授权的支付方式和流程拨付至受助患儿账户；
5. 通过定点医疗机构进行资助的受助患儿，资助款统一拨付至定点医疗机构账户。

二、回执资料

1. 填写完整的回执单原件；
2. 受助患儿住院病案首页、手术记录；
3. 以受助患儿姓名开户的银行存折或银行卡的复印件；
4. 受助患儿术后照片；
5. 按照资助告知书的要求提供的合格手术医疗单据原件。

注意事项：

1. 如受助患儿更改姓名，须提交更改姓名后的户口簿本人页，本人页上须标注“曾用名”；

2. 资料审核时须核对手术记录中的**手术时间**，如早于告知书显示的评审时间则终止资助；
3. 如受助患儿在治疗时使用其监护人的新农村合作医疗保险或城镇居民/职工基本医疗保险，提交回执材料须附受助患儿及其监护人户口页复印件以证明其监护关系；
4. 项目资助仅针对手术费用，患儿经入院检查后发现**病情自动愈合或无手术指征的情况将不予资助**；
5. 经入院检查需暂缓手术的受助患儿，保留其资助资格，手术前提交近期彩超报告后重新评审；
6. 项目年度资助金额有限，须告知受助患儿法定监护人如不能在告知书规定时间内完成手术、并在告知书有效期内提交合格资料，将无法获得资助。

三、单据说明

1. 以下三类均为合格医疗单据：
 - (1) 医疗收费票据原件/医疗收费电子票据；
 - (2) 由社保部门出具的报销结算单/补偿单/分割单原件和住院收费票据复印件；
 - (3) 加盖最后一次报销补助部门公章的结算单复印件或直补票据复印件，及与之对应的**相关报销补助证明**。
2. 提供单据的自付金额累加合计后，须满足项目资助标准。

注意事项：

1. 项目只资助受助患儿通过评审后的**手术费用**，早于评审时间的手术费用不予资助；
2. 受助患儿就诊过程中发生的门诊费、因先心病引发的肺炎等相关病症住院费、术后复查费等费用不在项目资助范围；
3. 医疗发票原件若无收费明细须提供收费结算清单；
4. 由社保部门出具的报销补偿单/结算单/分割单原件须加盖**社保部门公章**，复

印专用章无效；

5. 报销统计表/一览表不属于报销结算单原件；
6. 报销补助部门出具的证明须注明补助金额，并写明医保/新农合结算单原件留存情况。

第五章 回访

一、回访流程

1. 资助款拨付至受助患儿账户后 15 个工作日内，省级红十字会/基金会须开始对受助患儿及其法定监护人进行 100%回访；
2. 省级红十字会/基金会在项目管理系统中据实填写回访相关信息；
3. 省级红十字会/基金会完成回访后，中国红基会法务风控部组织社会监督巡视员/志愿者对受助患儿及其法定监护人进行抽样回访，并填写抽样回访相关信息；
4. 抽样回访完成后，中国红基会法务风控部根据项目回访及督导情况，提交《“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”监督回访报告》。

二、回访内容

1. 是否知晓“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”；
2. 是否知晓项目救助资金来源于中央专项彩票公益金；
3. 受助患儿是否足额收到救助款；
4. 受助患儿治疗情况及生活近况；
5. 受助群体对各级红十字会工作是否满意；
6. 受助群体对定点医疗机构工作是否满意。

注意事项：

1. 省级红十字会/基金会回访时，须重点说明并强调项目资金来源及项目名称；
2. 填写回访情况表时，需注意核对“收到救助款时间”及“回访时间”。

第六章 筛查

一、实施背景

因经济情况、文化水平等诸多局限因素，有很多边远地区的先天性心脏病患儿家长并不了解孩子的病情，或无钱及时医治，以致延误了最佳治疗时机。2011年起，中国红基会从等待上门求助转变为主动走出去，尤其针对贫困偏远地区，开展“中央专项彩票公益金——先天性心脏病儿童筛查行动”，经确诊符合手术指征的0-14周岁先天性心脏病患儿安排指定医院进行救治。

二、筛查形式

1. 中国红基会邀约定点医疗机构进行筛查；
2. 定点医疗机构通过所在地省红十字会申报组织筛查。

三、筛查原则

中国红基会原则上鼓励定点医疗机构组织技术精湛的专家医疗团队前往偏远经济不发达地区开展筛查救助工作。

四、方案申报

定点医疗机构申报的筛查方案应包括不限于筛查时间、选点理由、参与人员、拟筛查人数、资金预算、宣传方案以及需要中国红基会提供的支持等。

五、项目资金

1. 项目资金仅用于资助先心病患儿的手术治疗费用；
2. 筛查活动期间产生的费用，由各方自行承担，不得在资助款中列支；
3. 为更好发挥中央专项彩票公益金社会资源撬动作用，鼓励筛查活动各参与方积极动员社会捐赠，支持筛查救助活动。

六、优先条件

1. 定点医疗机构具备医保核销资格；
2. 定点医疗机构匹配资金支持；
3. 定点医疗机构提供费用减免或垫付手术费用；
4. 定点医疗机构协调当地各部门配合宣传的自主筛查优先。

七、项目流程

1. 定点医疗机构向省级红十字会/基金会提交《“中央专项彩票公益金先心病儿童筛查行动”项目申报表》及实施方案；
2. 省级红十字会/基金会完成申报资料审核后，报至中国红基会；
3. 中国红基会根据年度资金安排制定年度筛查预算，审批通过后向省级红十字会/基金会及定点合作医疗机构发函确定年度筛查配套资金。
4. 中国红基会协同省级红十字会/基金会、定点医疗机构开展筛查活动；
5. 筛查完成后，定点医疗机构指导患儿法定监护人填写《中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”先心病儿童资助申请表》，准备相关资料并完成项目管理系统信息录入；
6. 中国红基会审批通过后，向定点医疗机构发放《中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”先心病儿童资助告知书》；
7. 定点医疗机构根据资助告知书安排患儿入院治疗，先行垫付资助额度内的费

用，并给予适当费用减免；

8. 手术完成后，定点医疗机构在项目管理系统中完成回执资料录入，审批通过后完成资助款拨付。

八、注意事项

1. 筛查活动开展期间，对外宣传时标明“中央专项彩票公益金——先心病儿童筛查行动”字样；
2. 根据项目年度工作安排，通过筛查进行救助的患儿应在本年度10月31日前完成手术并提交合格医疗票据。如未能在规定时间内提交合格资料的患儿，经中国红基会同意后，可纳入下一年度资助范围；
3. 未提前申报的筛查活动，中国红基会不予支持；
4. 因故未能完成年度筛查救助计划的，应在12月10日前报告；未提前报告，且年度筛查预算完成率低于60%的定点医疗机构，中国红基会将在下一年度资金批复预算中核减其申报预算金额；
5. 无故中止筛查活动的定点医疗机构将不再获得项目预算支持。

附件

1. 中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”先心病儿童资助申请表

申请人近期照片

申请人姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____

身份证号码：_____

监护人姓名：_____ 与申请人关系：_____

手机号码：_____

户籍所在地：_____ 省（市、区） _____ 市 _____ 县 _____ 乡（镇） _____ 村

通讯地址：_____ 省（市、区） _____ 市 _____ 县 _____ 乡（镇） _____ 村

邮编：_____

申报日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

申报须知

1. 本申请表由中国红十字基金会（简称中国红基会）根据《中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”先天性心脏病资助管理暂行办法》印制并负责解释。
2. 该项目申请对象为 0-14 周岁确诊为先天性心脏病且需要手术治疗的中国籍儿童。
3. 本申请表由申请人法定监护人负责填报（用黑色钢笔或签字笔书写），并保证所有资料的真实性和完整性。
4. 申请人申报资料须经患儿户籍所在地县级以上（含县级）红十字会审核后逐级报省级红十字会/基金会审核，最后报至中国红基会，中国红基会不直接受理个人提交的资助申请。
5. 本申请表的递交并不代表可以获得救助，申请资料一经递交不予退回。
6. 通过审批确定的受助患儿名单在中国红基会和其户籍所在地省级红十字会/基金会官方网站上公示无异议后，由省级红十字会/基金会向患儿法定监护人发放《中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”先天性心脏病资助告知书》（以下简称“资助告知书”），并提醒患儿法定监护人注意查收。
7. 受助患儿须在通过评审并获得《资助告知书》的三个月内完成手术，并在告知书 1 年有效期内提交合格回执资料。非有效期内的手术费用将不予资助。
8. 本项目为一次性救助，已获得本项目资助的患儿不受理重复申请，需多次手术的复杂先天性心脏病患儿除外。
9. 患儿资助款将通过财政部授权方式拨付至患儿账户或其就诊的定点医疗机构。如拨付至患儿账户的，请患儿监护人务必填写正确的银行卡信息，确保：1）银行卡户名为患儿真实姓名；2）银行卡为“一类卡”（在同一家银行办理的首张借记卡）；3）银行卡三个月内有资金往来，卡状态为激活状态。由于银行卡相关问题导致的资助款拨付不成功或延迟，中国红基会不承担任何责任，并有权优先拨付资助款至银行卡正确的患儿账户。
10. 对申报资料中出现的隐瞒、虚假、伪造等行为，一经发现，将不予救助；如已获救助，中国红基会保留依法追索救助款的权利。
11. 中国红基会只在医疗费用上给予受助患儿支持，在医疗过程中出现的任何医疗风险，均由医患双方明确责任、自行协商解决，中国红基会不承担任何责任。
12. 为配合项目宣传，受助患儿及其法定监护人有责任和义务向中国红基会提供并授权其使用必要的照片、文字、视频、影像等相关资料。

我确认已经阅读和知悉了以上全部条款，并同意所有申报规定。

患儿法定监护人签名（手签）：

年 月 日

中国红十字会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”

先心病儿童资助申请表

申请人姓名		性别		出生年月日		民族	
患儿医保类型	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 医保 <input type="checkbox"/> 新农合			患儿商业医疗保险	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
报销比例	医保_____%; 新农合_____%; 商业保险: _____%。						
预计手术时间				预计花费			
初次确诊时间				确诊医院			
其他公益基金资助情况	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有, 公益组织的名称: _____						
家庭成员情况	姓名	年龄	与患儿关系	身份证号	职业		
备注: 职业(工人、职员、教师、公务员、个体工商户、务农、外出打工、无业、无劳动能力、其他)							
家庭经济状况	户籍性质	<input type="checkbox"/> 农业 <input type="checkbox"/> 非农业		家庭人口总数			
	是否为以下类型	<input type="checkbox"/> 低保户 <input type="checkbox"/> 残疾家庭 <input type="checkbox"/> 军烈属家庭 <input type="checkbox"/> 孤儿					
		备注: 低保、军烈属、残疾人家庭的患儿, 需提供低保证、军烈属证、残疾人证(复印件); 孤儿需提供当地民政局或福利院证明。以上情况可获得优先资助资格。					
住房情况	<input type="checkbox"/> 仅有一套自住房 <input type="checkbox"/> 有一套以上房产 <input type="checkbox"/> 无						

家庭经济状况	主要收入来源		
	家庭年收入		家庭劳动力人数 (几个人有收入)
	家庭支出情况	<p>1. 近3年内，家庭成员重大疾病情况介绍（仅介绍需供养的亲属，列明病种及花费）：</p> <p>2. 近3年内，家庭重大变故情况介绍（时间、事件、花费金额，重大变故举例：车祸、火灾、自然灾害、意外伤害、家庭成员出走、入狱等）：</p> <p>3. 家庭中其他重大支出（请描述近3年内家庭其它重大支出，例如：孩子上学、老人抚养、结婚、买房/建房、做生意等）：</p>	
其他申请救助原因			

申请人所需提供的身份及病情诊断证明材料

1. **身份证明材料：** 申请人及其监护人双方户口簿和身份证复印件。如户口簿无法证实监护关系的，须提供申请人出生证明或派出所开具的监护关系证明原件。
2. **病情证明材料：** 须提供三个月内病情医学检查报告单（超声心动图报告/心脏彩超报告等）复印件。
3. 以上证明材料另附，与本申请表一起申报。如需留存请自行复印备份。

2.中国红十字会基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”先心病儿童补充资助申请表

申请人姓名		身份证号	
监护人姓名		身份证号	
联系方式			
本次手术情况	手术时间：_____年_____月_____日 手术费用：_____元 报销费用：_____元 自付费用：_____元		
申请人所需提供材料明细： <ol style="list-style-type: none"> 1. 受助患儿住院病案首页、手术记录； 2. 以受助患儿姓名开户的银行存折或银行卡的复印件； 3. 受助患儿术后照片； 4. 本次手术住院收费票据。 			

3.中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”先心病儿童资助告知书



中国红十字基金会 中央专项彩票公益金大病儿童救助 项目先心病儿童资助告知书



档案号：

_____的监护人：

“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”是由中国红十字会总会负责，委托中国红十字基金会（以下简称“中国红基会”）组织实施，协同全国各级红十字会和定点医疗机构执行，专项救助白血病和先心病儿童的公益项目。根据患儿的求助申请，经专家评审委员会评审，决定从项目中安排资金资助其进行先心病手术治疗。为顺利办理资助手续，现告知您如下事项：

1. 本告知书由中国红基会印制并负责解释；
2. 请在____月____日前完成手术，并在____月____日前提交合格回执票据，如不能按时提交合格回执票据则**视为自动放弃资助**；
3. **项目仅针对受助患儿手术费用予以资助**。中国红基会不承担手术效果、手术风险等方面的责任，任何医患之间的纠纷将由医院和家属双方自行解决；
4. 项目资助为一次性资助，除补充资助外，每名申请本项目的先心病患儿只安排一次资助；**受助患儿如在评审前已完成手术（依据评审时间），中国红基会终止资助**。因通过隐瞒、欺骗等行为获得的资助，中国红基会将资助资金予以追回；
5. 为便于接受社会监督，中国红基会通过媒体对外公布受助患儿的基本情况；
6. 受助患儿可自行选择手术医院，也可选择中国红基会项目定点医院。医院分布情况可咨询户籍所在地省级红十字会/基金会或通过中国红基会官网查询；
7. 办理资助款拨付手续前，请您提交以下资料：
 - (1) 受助患儿住院病案首页
 - (2) 受助患儿手术记录
 - (3) 以受助患儿姓名开立的银行卡或存折复印件
 - (4) 受助患儿术后5寸彩照（须露出受助患儿手术部位）
 - (5) 住院医疗票据，具体要求如下：
 - ① 未参加任何医疗保险的受助患儿，提交其住院医疗票据原件；
 - ② 若医疗票据原件交由“城镇医保”、“新农合”报销，须提交报销部门出具的**报销补偿单原件**，并提供相应**医疗票据复印件（加盖报销部门公章）**；
 - ③ 若上述单据原件交其他部门再次报销，须提交**加盖最后一次报销部门公章的报销补偿单复印件和医疗票据复印件**，并提供**相关补助证明**；
 - ④ 经医疗保险及其他部门报销后的票据余额累计**超过5千元**；
8. 请填写并沿虚线裁下“回执”，连同上述第7条所列资料，送至患儿户籍所在地省级红十字会/基金会；
9. 根据年度资金安排，受助患儿资助款将通过财政部授权方式拨付至患儿账户或其就诊的定点医疗机构。**请务必填写正确的银行卡信息，确保银行卡户名为患儿姓名，银行卡为“一类卡”且三个月内有资金往来。由于银行卡相关问题导致资助款拨付不成功或延迟，中国红基会不承担任何责任并有权优先拨付资助款至银行卡信息正确的患儿账户；**
10. 收到资助款后，请您及时告知户籍所在地省级红十字会，并有义务配合相关宣传、回访等工作。

祝您孩子早日康复！

中国红十字基金会
年 月 日

沿此线裁下

回 执 省 份： 档案号：

中国红基会“彩票公益金项目办”：

我是_____的监护人_____，我的手机：_____，其他联系手机：_____。现已知悉并同意《中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”先心病儿童资助告知书》内容。

患儿于_____通过评审，____年____月____日实施了手术，手术费用共计_____元，报销费用共计_____元，自付_____元，请将资助款汇入定点医院或患儿账户：

1. 如手术费用为家庭自付，资助款汇入患儿以下账户：

患儿银行卡或存折账户所在_____省（自治区/直辖市）_____市_____县；

银行卡户名：_____；开户行名称：_____银行_____分行_____支行；

卡号或存折账号：_____。

2. 如定点医院垫付手术费用，资助款汇入定点医院专项账户。

我已明确知悉项目资助金额为_____元，由_____（医院名称）先行垫付。

温馨提示：请在____月____日前完成手术，并在____月____日前提交完整合格回执资料。

患儿监护人签名：

年 月 日

4.中国红十字会“中央专项彩票公益金——先心病儿童 筛查行动”项目申报表

项目名称： “中央专项彩票公益金——先心病儿童筛查行动”项目申报表

申报单位： _____（填写医院名称并盖章）

项目对接人	联系电话	职务	
基本信息	预计筛查时间地点：		
	范围对象：0-14 周岁中国籍儿童		
	参与单位：		
	预计手术支持总额： 万元（不含管理费）		
	其中	申请彩票公益金支持资金： 万元	医院配套捐款： 万元
申报须知	<ol style="list-style-type: none"> 1. 活动现场须体现“中央专项彩票公益金——先心病儿童筛查行动”字样，以横幅、易拉宝等形式均可，活动名称统一为“中央专项彩票公益金 XX（省市地区名字）先心病儿童筛查行动”； 2. 加大活动宣传力度省级、地方级媒体 2 家以上报道，相关媒体费用由医院提供支持； 3. “大病儿童救助项目”仅资助患儿手术费用，活动期间产生的其他费用不得从中列支； 4. 医院对筛查出先心病患儿的减免明细须在回执票据中注明； 5. 医院须及时提交项目执行报告，包括但不限于活动现场照片、媒体报道剪辑、典型案例整理及确诊患儿名单等； 6. 根据“大病儿童救助项目”执行要求，医院须在申报当年度 11 月 30 日前提交回执资料。如未在规定时间内提交合格回执资料的，经中国红基会同意后可纳入下一年度资助范围，医院须合理安排筛查及手术时间； 7. 如年度筛查任务完成率低于其预算总额 60%，中国红基会将在下一年度对医院的申报预算予以核减； 8. 如筛查方案有所调整，医院须及时函告中国红基会，无故中止筛查活动的医院将取消其项目预算申报资格； 		

	<p>9. 中国红基会不承担手术效果、手术风险等方面的责任，任何医患之间的法律纠纷将由医院和家属双方自行解决。</p>
<p>实施方案</p>	<p>(一) 活动总体目标</p> <p>(二) 具体行程计划</p> <p>(三) 活动宣传方案 (突出活动特色、方案另附明细)</p> <p>(四) 活动预算及构成 (包括媒体宣传预算、活动组织费用、医院配捐额度、费用减免额度等)</p> <p>(五) 医疗组人员名单 (列出人员姓名、性别、科室、职务)</p> <p style="text-align: right;">填报时间：</p>
<p>省级红十字会（基金会）意见：</p> <p style="text-align: right;">（单位公章）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>	