成都市锦江区残疾人联合会文件

锦残联〔2019〕24号　 　　 　　　 　　签发人：陈兰

成都市锦江区残疾人联合会

关于印发《锦江区贫困残疾人特殊困难

临时救助暂行办法（修订版）》的通知

各街道办事处：

为进一步完善多层次的社会保障体系，帮助残疾人针对重、特大疾病等临时突发性特殊困难，妥善解决生活困境，根据成都市残疾人联合会《关于规范和调整贫困残疾人特殊困难临时救助工作的通知》（成残〔2017〕78号）精神，结合我区实际情况，对《锦江区贫困残疾人特殊困难临时救助暂行办法》（锦残联〔2015〕8号）进行修订，现将修订文件印发给你们，自2020年1月1日起施行，请遵照执行并做好解释工作。

附件：锦江区贫困残疾人特殊困难临时救助暂行办法（修订版）

成都市锦江区残疾人联合会

2019年12月25日

附件

锦江区贫困残疾人特殊困难临时救助

暂行办法（修订版）

为进一步完善残疾人救助体系，妥善解决残疾人因重、特大疾病造成的突发性特殊困难，现结合我区实际对《锦江区贫困残疾人特殊困难临时救助暂行办法》（锦残联〔2015〕8号）进行修订。

第一条 救助范围

同时具备以下几个条件：

（一）具有锦江区户籍；

（二）持有中华人民共和国残疾人证；

（三）因患危重疾病（国家规定的36种重大疾病）住院治疗（附件1）；

（四）因病出现家庭基本生活困难的残疾人，包括：低保残疾人、经民政局认定的低保边缘残疾人、经街道认定的家庭生活困难残疾人。

第二条 救助标准

（一）家庭生活困难残疾人按其个人承担住院治疗费用救助30%，经民政局认定的低保边缘家庭残疾人按其个人承担住院治疗费用救助35%，低保残疾人按其个人承担住院治疗费用救助40%，一户多残家庭残疾人按其个人承担住院治疗费用救助40%；

（二）未参保残疾人不能提供成都市医疗保险支付结算表的，按四川省医疗卫生单位统一住院费用结算票据总额的40%作为个人支付部分，再按其30%的比例实施救助；

（三）最高额度不超过10000元，每个自然年度只救助一次。

第三条 申报材料

（一）救助对象书面申请书；

（二）救助对象身份证、残疾人证复印件；

（三）救助对象本人一卡通复印件（因特殊原因需其家属代领的，需提供人卡不符说明）（附件3）；

（四）因病出现家庭基本生活困难的残疾人证明材料：

1、低保残疾人需提供低保证复印件；

2、低保边缘家庭残疾人需提供成都市民政低保边缘家庭认定调查情况告知书复印件；

3、家庭生活贫困的残疾人需提供由社区评议、街道认定的相关证明材料。

其中：多残家庭残疾人需提供多残家庭残疾人证、户口本、结婚证复印件。

（五）救助对象出院病情证明书复印件；

（六）支付结算表：

1、参保残疾人需提供“成都市医疗保险支付结算表”复印件，“成都市大病互助补充保险结算表”复印件；

2、未参保残疾人需提供“四川省医疗卫生单位统一住院费用结算票据”复印件。

（七）经公示无异议的公示材料（公示时间5个工作日）。

原则上个人支付结算表的票据时间为当年，如因长期住院结算周期跨年等特殊原因当年未申请贫困残疾人特殊困难临时救助的，当年6月份以后（不含6月份）个人支付结算表的票据，可适当放宽到次年合并申请。

第四条 申报程序

1. 凡符合救助条件的残疾人，由残疾人本人或家属向其户口所在地社区提出申请，并出具相关证明材料。
2. 社区对家庭生活困难的申请人进行评议，对申请人提供的相关证明材料进行审核，填写《成都市锦江区残疾人联合会贫困残疾人特殊困难临时救助资金申请表》（附件2），并签署审核意见，加盖社区公章连同相关材料一并报所在街道残联。
3. 街道残联对社区评议结果进行认定，对原件及复印件进行核对无误，对社区上报材料进行初审，并按要求公示通过后报街道残联主席审核签字，加盖公章后报区残联。
4. 区残联对提交的材料进行复审并提出审查意见，对于批准救助的，按照要求通过银行转账方式发放给申请人，确保临时救助金的发放符合政策、安全、及时。

第五条 风险防控

（一）街道残联对临时救助金发放情况进行不定期抽查，对发现的问题及时进行上报。

（二）区残联对临时救助金发放情况进行不定期抽查，对街道上报的问题及时指导整改。

（三）对虚假上报、挪用、克扣临时救助金的，一经查实，根据错误性质和程度，依法依规进行处理。

第六条 生效时间

本修订具体执行中的问题，由锦江区残联负责解释。本修订办法自2020年1月1日起执行。

附件：

1.国家规定的36种重大疾病

2.成都市锦江区残疾人联合会贫困残疾人特殊困难临时救助资金申请表

3.成都市锦江区残疾人联合会贫困残疾人特殊困难临时救助人卡不符说明

附件1

国家规定36种重大疾病

（一）恶性肿瘤  
　　（二）急性心肌梗塞

（三）脑中风后遗症

（四）重大器官移植术或造血干细胞移植术

（五）冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）

（六）终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）

（七）多个肢体缺失

（八）急性或亚急性重症肝炎

（九）良性脑肿瘤

（十）慢性肝功能衰竭失代偿期

（十一）脑炎后遗症或脑膜炎后遗症

（十二）深度昏迷

（十三）双耳失聪

（十四）双目失明

（十五）瘫痪

（十六）心脏瓣膜手术

（十七）严重阿尔茨海默病

（十八）严重脑损伤

（十九）严重帕金森病

（二十）严重Ⅲ度烧伤

（二十一）严重原发性肺动脉高压

（二十二）严重运动神经元病

（二十三）语言能力丧失

（二十四）重型再生障碍性贫血

（二十五）主动脉手术

（二十六）多发性硬化症  
　　（二十七）经输血导致的人类免疫缺陷病毒感染

（二十八）植物人

（二十九）系统性红斑狼疮

（三十）胰岛素依赖型糖尿病（Ｉ型糖尿病）

（三十一）原发性心肌病

（三十二）重症肌无力

（三十三）急性坏死性胰腺炎

（三十四）坏死性筋膜炎

（三十五）终末期肺病

（三十六）严重类风湿性关节炎

附件2

成都市锦江区残疾人联合会

贫困残疾人特殊困难临时救助资金申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 年龄 |  | 性别 | |  |
| 身份证号 |  | | | 残疾证号 | |  |
| 联系电话 |  | 住址 |  | | | |
| 家庭人口 |  | 家庭年收入 | | |  | |
| 申请理由及金额 |  | | | | | |
| 原件审核情况 |  | | | | | |
| 家庭详细情况 |  | | | | | |
| 社会保险或城镇居民医疗保险的参保和赔付情况 |  | | | | | |
| 社区核实情况  及意见 | 社区残协主席（签字）： 经办人（签字）：  （社区居委会盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 街道办事处  核实情况及意见 | 分管领导（签字）： 经办人（签字）：  （街道办事处盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 区残联科室  核实情况及意见 | 经审批，同意享受临时救助，建议救助\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元。  科室负责人(签字)： 经办人(签字)：  年 月 日 | | | | | |
| 区残联分管理事长处理意见 | 签字：  年 月 日 | | | | | |
| 区残联理事长  处理意见 | 签字：  年 月 日 | | | | | |

附件3

成都市锦江区残疾人联合会贫困残疾人

特殊困难临时救助人卡不符说明

本人与申请人为 关系。申请人因 原因，未能办理银行卡（一卡通），故使用本人的银行卡（一卡通）。请将其临时救助资金转入本人银行卡（一卡通），本人承诺将及时提取临时救助资金用于申请人。

申请人签名（指模）：

银行卡（一卡通）持有人签名：

银行卡（一卡通）持有人联系电话：

分管领导（签字）： 经办人（签字）：

年 月 日

信息公开类别：准予公开

　成都市锦江区残疾人联合会办公室 　　 2019年12月25日印发