

东莞市医疗救济基金会

关于开展 2019 年慢性肾功能衰竭尿毒症期 困难群众医疗救济的通知

各镇（街道、园区）社会事务局：

为减轻我市患慢性肾功能衰竭尿毒症期困难群众的经济负担，改善其生活质量，发挥我会医疗救助补充作用，我会开展 2019 年慢性肾功能衰竭尿毒症期困难群众医疗救济工作。现就有关事项通知如下：

一、救济内容

我会加大对患慢性肾功能衰竭尿毒症期困难群众的救助力度，在一定金额范围内对其进行经济援助。

二、救济范围

- （一）患慢性肾功能衰竭尿毒症期的本市户籍困难群众；
- （二）患慢性肾功能衰竭尿毒症期的在本市行政区域内工作或生活一年以上的非本市户籍困难群众。

三、救济标准

在扣除社会医疗保险统筹基金支付、商业保险理赔、基本医疗救助、政府临时救助及接受其它社会救助后，按申请人个人实际自费的 40% 给予救济。同一申请人每人每年的救济额度原则上不超过 3 万元，救助年度的起止按自然年度计算。

四、申请流程

（一）救济申请

符合申请条件的困难群众，由本人（本人因故无法提出的可以委托其近亲属）或监护人到所在镇（街道、园区）社会事务局提出申请，填写《东莞市医疗救济金申请表》，并据实提交以下材料：

1、申请人居民户口簿或居民身份证原件及复印件（由监护人或受委托人申请的需提供监护人或受委托人居民身份证原件及复印件）。在莞工作的非本市户籍人员还需提供居住证原件及复印件或者提交村（居）委会开具的已居住一年以上的证明、在莞纳税证明、在莞参保证明、营业执照或劳动合同、劳务合同其中一项。

2、申请人为非本市户籍困难群众未成年子女在莞就学的，需提交在莞学籍证明原件；未达入学年龄的，提供居住证原件及复印件或社区居委会开具的居住证明。

3、家庭经济困难申明书。由申请人（受委托人、监护人）手写《家庭经济困难的申明书》，当中载明若弄虚作假愿承担相应法律责任，由申请人在提交申请资料时签名和按手印，并由镇（街道、园区）社会事务局经办人签名确认是申请人亲笔签名，并加盖镇（街道、园区）社会事务局公章。

4、申请人治疗的医院出具的疾病诊断证明原件、医疗费发票原件、社保结算单原件（未参保人员不用提交社保结算单）。

申请人所提供的疾病诊断证明原件及治疗费发票原件所载明的日期距其申请之日不得超过一年，逾期不予接收。

对上述原件已提交到政府救助部门、社保或者商保机构、办理临时救助、报销、理赔的，则提交有收件单位印盖的复印件，以及相关结算凭证，对于已提交到市慈善会申请福彩关爱基金临时救助的，市医疗救济基金会不再接收申请人使用该批单据复印件作为申请材料。

（二）救济审查

镇（街道、园区）社会事务局协助做好辖区内申请人情况的受理、调查、核实工作，对申请人提交的材料进行审阅。申请人材料真实、完备的，镇（园区、街道）社会事务局应尽快报送市医疗救济基金会审核。

（三）救济审核

市医疗救济基金会对申请人情况进行审核，对符合条件的，给予救济。

五、其它事项

（一）我会原则上不接受本项救济的申请人在同一自然年度以同一理由向我会申请其它救济。

（二）项目实施前已获得我会《东莞市医疗救济基金会救济办法》所指医疗救济的慢性肾功能衰竭尿毒症期患者，仍符合本项目条件的，可参照本通知规定再次进行救济申请。

（三）申请人应诚实提交有关材料。经审查，故意虚报病情、

或隐瞒家庭经济收入者，给予批评警告，并追回救助金。触犯法律法规的，市医疗救济基金会将提请司法机关追究其法律责任。

附件：东莞市医疗救济金申请表

东莞市医疗救济基金会

2019年5月20日

（联系人：詹伟忠、卢映真；联系电话：0769-22218769）

东莞市医疗救济金申请表

编号：

申请人姓名		性别		年龄		个人自负医疗费用
身份证号码				所属镇街		(元)
居住地址				联系电话		本次申请救助金额
户籍地址				户籍		(元)
申请救助 情况陈述	申请人(委托人)签名： 年 月 日			村(居委会)意见	(盖章) 年 月 日	
园区、镇街社会事务局审批意见	(盖章) 年 月 日			市医疗救济基金会审批意见	(盖章) 年 月 日	
本年度尿毒症申请次数	申请时间		发放救助金额		园区、镇街社会事务局经办人签字	
	累计发放救助金额					
本人承诺以上均为事实，若弄虚作假本人愿意承担相应的法律责任。						
说明：1、此表由申请人用钢笔如实填写，本人确无法填写的，可请人代笔。 2、属园区、镇街社会事务局审批的，由其园区、镇街社会事务局审批；市直属单位的申请及园区、镇街申请市调剂解决的，经园区、镇街社会事务局加意见后，报市医疗救济基金会审批。 3、此表经园区、镇街社会事务局或市基金会审批后，由园区、镇街社会事务局或市医疗救济基金会办公室存档备查。						

