

六安市民政局 六安市慈善协会 六安市慈善基金会

文件

六慈〔2022〕6号

关于实施六安市 2022 年“慈善救急难” 项目的通知

各县区慈善协会：

为帮助低保家庭缓解大病医疗经济负担，经研究，由市慈善协会从六安市直单位 2021 年“慈善一日捐”活动募集资金中安排 46 万元、六安市慈善基金会配套安排 42 万元，项目资金合计 88 万元，用于实施六安市 2022 年“慈善救急难”项目。现就有关事项通知如下：

一、救助对象及标准

根据项目要求，经市医保局分别对全市 2021 年 7 月至 2022 年 6 月期间就医个人自付费用达 8 万元以上的低保家庭进行摸底，共筛选出 64 户拟救助对象（名单随文附后，上年度已给予救助的不予重复救助）。救助标准根据家庭经济状况、自付费用

及后续医治情况综合确定。

二、项目实施时间

2022年8月至10月

三、项目实施程序

1. 各县区慈善协会统筹联系辖区拟救助对象填报《六安市2022年“慈善救急难”项目申请表》，必要的应当入户核实，最迟于9月10日前汇总报送市慈善协会审定；

2. 市慈善协会、基金会召开会议研究确定救助名单及救助标准，于9月30日前下拨项目资金至各县区慈善协会；

3. 各县区慈善协会于10月31日前将项目资金打卡发放到户，有条件的县区慈善协会可以举行一次集中发放仪式，打卡凭证汇总盖章后报送市慈善协会。

附件：六安市2022年“慈善救急难”项目申请表



附件

六安市 2022 年“慈善救急难”项目申请表

本表一式一份，原件报市慈善协会，各县区自行复印留存；本表仅供项目申报及必要的慈善信息公开使用，不得用于其他途径，申请人隐私受法律保护。

姓 名		性 别		籍 贯	
身份证号码			低保类型	□A 类 □B 类 □C 类	
家庭地址					
银行卡折	姓 名:				
	开 户 行:				
	银行账号:				
确诊病种				确诊时间	
家庭人口		是否单亲 家庭		是否持续 治疗	
家庭主要 成员情况	姓名	与患者关系	职业	身体状况	联系方式
家庭情况简介:					
申 请 人 (签 字): _____ 年 月 日					
县区慈善协会意见: _____ (公 章) 年 月 日					
市慈善协会、基金会意见: _____ (公 章) 年 月 日					

随表附：1、低保证复印件（如低保已取消请附说明）；2、住院诊断或出院小结复印件。

