

# 救助重症病童合作协议

甲方：广东公益恤孤助学促进会

乙方：中山大学孙逸仙纪念医院

为更好地履行社会责任、建设幸福广东，甲乙双方经友好协商，就救助困难家庭的重症病童达成以下合作协议。

## 一、合作目的

1、响应政府对民生兜底保障工作的号召，鼓励社会各界力量参与到社会救助的慈善工作当中，为困境家庭的重症病童提供社会救助。

2、甲乙双方携手合作救助重症病童，探索集合多方社会资源救助重症病童的途径。

## 二、救助对象和原则

1、救助对象：低保和困难家庭中因罹患先天性心脏病、白血病、地中海贫血、癌症、罕见病或其他重大伤病住院治疗的未满 18 周岁病童。

2、救助原则：在医保、自筹、医院减免和社会救助后仍大幅度超过其承受能力，按急需的情况予以及时的适度救助。

## 三、救助对象的确定：

1、甲方按上述救助原则向乙方推荐，经乙方初步诊断、评估，符合乙方医治条件。

2、乙方在医疗中发现的符合上述救助原则和乙方医治条件的重症病童，向甲方推荐，经甲方审核同意。

## 四、救助的方式：

1、甲方每年用于乙方该项目的重症病童救助款不低于 30 万元，可根据实际情况适当调整。

2、经双方确认的救助对象，救助标准为每人每年不超过 3 万元，特殊个案



另行商定。

3、救助款的支付：甲方在收到乙方推荐救助对象的申请资料（见附件一《广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助项目申请资料》）后，按重症病童救助原则和程序，审核确定救助的金额，向乙方汇付救助款，并备注救助对象的姓名和住院号，指定用于该救助对象的治疗。

## 五、甲方的责任和义务

1、指定专人与乙方联系，保持经常性的沟通。

2、有责任向乙方推荐重症病童，但要经乙方初步诊断、评估，符合乙方救治条件和要求的，才列为本项目救助对象。

3、收到乙方推荐救助对象的申请资料后，在5个工作日内审核确定是否救助及救助金额，派出工作人员核实并取得申请对象的相关资料，以及监护人的签收重症病童救助款收据，作为甲方的财务凭证，向乙方汇付救助款。

4、不参与、介入医疗医治的工作。

5、必要时可通过媒体或以其他方式向社会募捐善款。

## 六、乙方的责任和义务

1、指定专人与甲方联系，保持经常性的沟通。

2、负责审核并确保向甲方推荐的救助对象所患疾病符合本协议救助原则，并协助符合申请条件的病童向甲方提供附件一《广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助项目申请资料》和其他相关的证明材料。

3、负责对确定的救助对象进行治疗，在不影响乙方正常医疗的前提下，对于救助对象给予适当的优先安排。

4、对本项目的救助对象提供以下支持：

（1）相关治疗严格按照国家规定的医疗服务收费标准执行。

（2）接诊科室指定1名专家负责被救助对象的诊疗工作。

5、向甲方提交所确定的受助对象治疗费用预估通知或出院结算单据。

6、如果被救助对象得到本项目救助款后仍需救助，若可能乙方争取通过其他途径继续救助该重症病童。

7、对甲方为重症病童募集捐款的工作、为此安排媒体采访报道以及甲方关

爱重症病童的工作予以支持配合提供方便。

### 七、 附则

1、本协议有效期一年，时间为 2024 年 1 月 1 日-2024 年 12 月 31 日，如续签可在期满前 2 个月双方再行协商。

2、本协议一式肆份，甲方执壹份，乙方执叁份，具有同等法律效力，经授权代表签字并加盖公章之日起生效。

3、本协议未尽事宜，双方友好协商解决。

(以下无正文)

甲方：

广东公益恤孤助学促进会 (盖章)



授权代表 (签字) 姜晓红

乙方：

中山大学孙逸仙纪念医院 (盖章)



授权代表 (签字) 宋尔卫

甲方地址：广州市越秀区环市东路 404 号之  
三 2 楼

邮政编码：510060

电话：(020) 87777268

传真：(020) 37657325

E-mail: gzoes@vip.163.com

开户银行：中国农业银行广州远洋宾馆支行

银行账号：44032601040002708

账户名称：广东公益恤孤助学促进会

联系人：林钧泽

手机：13925009707

签约日期：二〇二四年一月二十四日

乙方地址：广州市沿江西路 107 号

邮政编码：510120

电话：020-38620764

传真：-

E-mail:syxjjh@mail.sysu.edu.cn

开户银行：中国工商银行广州第二支行

银行账号：3602000509000704422

账户名称：中山大学孙逸仙纪念医院

财务联系人：财务科 81332481

项目联系人：杨奕帆

手机：13430365383

签约日期：二〇二四年一月二十四日

附件一：

# 广东公益恤孤助学促进会 重症贫童救助项目

## 申 请 资 料

病童姓名： \_\_\_\_\_

申请日期： \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

广东公益恤孤助学促进会

## 致病童家长的一封信

您好！广东公益恤孤助学促进会是一个民间的慈善组织，重症贫童救助项目的救助资金都来源于社会热心人士和企业捐赠，为了让那些资助过您孩子的心心人士和企业了解其资助的情况和效果，也为履行对社会公开的承诺，本会除了按《慈善法》规定在网上公布病童救助情况外，还向部分捐赠方每月提交善款使用情况的书面说明等资料。本会在资助您孩子后进行电话回访，关心孩子后续的治疗和身体情况，以便向捐赠方反馈，感谢您的配合！

为此非常期望在资助后，可以收到孩子或您以文字、信件、视频、绘画作品等形式，向热心人士、企业反馈和致谢，可通过微信、邮件、快递等方式联系本会（联系方式见文末）。本会收到后会及时转达，让热心人士、企业和社会公众更加直观了解善款使用情况和效果，让更多的社会力量帮助有同样需要的病童。祝您的孩子早日康复，身体健康，阖家幸福！

联系方式如下。

地址：广东省广州市越秀区华乐街道环市东路 404 号之三 2 楼

电话：020-37657329

手机：资助业务部 13822279353（微信同号）

邮箱：gzoes@vip.163.com

广东公益恤孤助学促进会

## 广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助项目申请须知

- 1、本申请表的递交并不表明肯定获得资助。
- 2、本项目救助对象为0-18周岁困难家庭的儿童、青少年。
- 3、所有申报资料由病童的法定监护人负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性。
- 4、请根据本项目要求提交纸质版资料，资料的齐全对资助金额评估会有一些影响。
- 5、本项目只承担病童的部分医疗费用。
- 6、对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，本会保留对申请人追究责任的权利。
- 7、获得本项目救助的病童（监护人）应承诺：“本人愿意向广东公益恤孤助学促进会提供与本项目相关的申请、执行和治疗及康复过程的文字、照片、影像、个人作品等资料，并同意恤孤助学会将这些资料用于官网、微信公众号、视频号等平台，进行本项目的宣传推广工作，呼吁社会对病童的关心和帮助。”
- 8、本项目为自愿申请形式。
- 9、本项目一切解释权归广东公益恤孤助学促进会所有。

广东公益恤孤助学促进会

### 申请人的承诺：

我确认已经阅读和知悉了以上申请须知，并同意上述申报规定。

病童监护人签名：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

## 广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助项目

### 申请资料目录

申请本项目救助需提供以下资料，在已有的资料前面“☑”，请监护人检查申请资料是否齐全，齐全后再寄出：

必须提交的资料	非必须提交资料（加分项）
<input type="checkbox"/> 广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表（填写完整后，医院签名盖章）	<input type="checkbox"/> 病童的残疾证、父母的残疾证
<input type="checkbox"/> 广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助项目申请须知（需签名）	<input type="checkbox"/> 父母患病情况和费用情况（诊断证明和费用清单）
<input type="checkbox"/> 现治疗医院开具的诊断证明（需盖章）	<input type="checkbox"/> 家庭固定资产证明：无房、无车证明
<input type="checkbox"/> 家庭经济情况证明，如低保证、低收入（低保边缘）证、孤儿或事实孤儿、困境儿童、村居委街道开具相关证明	<input type="checkbox"/> 租房证明（租房合同、房租转账记录等）
<input type="checkbox"/> 病童的出生证或身份证正反面、户口本复印件	<input type="checkbox"/> 确诊到现在的治疗自费金额（过往的医疗发票）
<input type="checkbox"/> 家长双方身份证正反面、户口本复印件（特殊情况除外：如单亲家庭只需一方监护人资料）	<input type="checkbox"/> 本年内得到的基金会、社会团体帮扶次数（基金会转账单、申请通过证明）
<input type="checkbox"/> 本年内在现治疗医院开具的医疗收费票据复印件（需自费部分金额大于申请金额，首次住院没有医疗发票可提供押金单复印件）	<input type="checkbox"/> 截止申请最新一次医疗费用清单/手机缴费情况截图
<input type="checkbox"/> 准备 5 张近期住院时的照片（无须打印），在工作人员加微信后提交。	/

说明：以上部分资料按法律法规对慈善组织的要求在本会网站、微信公众号、视频号公布。

## 广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号：

申请日期： 年 月 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地		
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号	是否残疾	
								□是 □否	
	购买保险情况及报销比例		□新农合 _____ %	□城镇居民 _____ %	□商业保险 _____ %	□其他保险 _____ %	□无	残疾类型和级别：	
病童家庭情况	姓名		年龄	健康情况	联系电话	1、抚养 18 岁以下儿童_____名； 2、家庭年收入（不含政府补贴）_____元 3、固定资产：___套房子；___辆摩托车；___辆小车 4、家庭困难类型： <input type="checkbox"/> 村居委开具困难证明； <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明； <input type="checkbox"/> 困境儿童证明； <input type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明			
	父亲								
	母亲								
申请救助理由（请详细描述）	本人保证上述情况完全真实。 申请人签名：_____ 年 月 日								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）：  医师签名：_____ 年 月 日								
	医院意见（盖章）：  建议给予医疗救助金 ¥_____元（大写：___万___仟___佰___拾___元___角___分）  负责人签名：_____ 年 月 日								
广东公益恤孤助学促进会意见：  同意救助 ¥_____元（大写：___万___仟___佰___拾___元___角___分）  负责人签名：_____ 年 月 日									



医院开具的诊断证明粘贴页

说明：

- 1、请检查医院盖章是否清晰；
- 2、在合作医院申请，需提供合作医院开具的诊断证明；
- 3、通过媒体报道申请，需提供现治疗的医院（必须是广州市公立医院）开具的诊断证明。

### 家庭经济情况证明粘贴页

低保证、低收入（低保边缘）证、孤儿或事实孤儿、困境儿童、  
村居委、街道、区级开具相关证明

说明：

- 1、请检查证件日期是否为本年度；
- 2、如：低保证、低收入（低保边缘）证一直未更新日期，需提供银行流水，佐证目前还申领到每月的低保金。

病童出生证  
或  
身份证正反面复印件粘贴页

病童户口本复印件粘贴页

父亲身份证正反面粘贴页

说明：

特殊情况除外，如单亲家庭只需一方监护人资料。

母亲身份证正反面粘贴页

说明：

特殊情况除外，如单亲家庭只需一方监护人资料。

父亲、母亲户口本复印件粘贴页

说明：

特殊情况除外，如单亲家庭只需一方监护人资料

**本年内治疗医院开具的医疗收费票据复印件粘贴页**

说明：

- 1、需提供住院时医院开具的，自费部分大于医院建议资助金额；
- 2、首次住院没有医疗票据，可提供押金单复印件；需要后补医疗收费票据，自费金额需要等于或大于本项目资助的金额；
- 3、一张发票金额不够，可累计几张粘贴。



以下为非必须提交的资料，若有请按实际情况进行提交，经核查资料真实和准确，将会纳入项目评估得分项，请监护人按顺序整理：

- 1、病童的残疾证、父母的残疾证
- 2、父母患病情况和费用情况（医院诊断证明和费用单据）
- 3、家庭固定资产证明：无房、无车证明
- 4、租房证明（租房合同、房租转账记录等）
- 5、确诊到现在的治疗自费金额（过往的医疗收费票据复印件）
- 6、本年内得到的基金会、社会团体帮扶次数（基金会转账单、申请通过证明）
- 7、截止申请最新一次医疗费用清单/手机缴费情况截图