

中国防痨协会

中防痨发〔2016〕49号

中国防痨协会关于发布中国防痨公益基金 结核病贫困救助“双千行动”项目 患者救助申报的通知

各省（直辖市、自治区）防痨协会、新疆生产建设兵团防痨协会，中国防痨联合体主席团成员单位：

为了充分发挥社会组织的力量，为共同实现我国政府提出的消除贫困、实现全民健康的目标而努力。2016年，中国防痨协会建立了《中国防痨公益基金》，复星医药集团及旗下沈阳红旗制药有限公司作为《中国防痨公益基金》结核病贫困救助“双千行动”项目（简称“双千行动”项目）的发起单位开展结核病贫困救助工作。2016年3月，在国家卫生计生委组织的“世界防治结核病日”的主题宣传活动中，宣布启动了结核病贫困救助“双千行动”项目。2016年4月26-29日，在中国防痨协会全国结核病学术大会上为该项目进行了揭牌，为复星医药集团及旗下沈阳红旗制药有限公司颁发了《中国防痨公益基金捐赠单位》奖牌。

为了积极推动项目工作，落实“双千行动”项目行动，作好贫困结核患者救助工作，现在全国开展贫困肺结核患者救助申报工作。现将有关事项通知如下：

一、救助对象

“双千行动”项目救助对象为贫困肺结核患者。贫困肺结核患者的

界定：符合当地民政部门规定的贫困家庭的肺结核患者；在结核病防治机构（或者定点医疗机构）诊疗过程中，调查发现的贫困肺结核患者；其他需要救助的贫困肺结核患者。

二、救助额度

“双千行动”项目的目标是指每年救助的贫困结核病患者人数不少于 1000 人；

本次申报中对每位贫困肺结核患者救助经费不少于 1000 元。

三、申报救助人数

以各省（直辖市、自治区）为单位，本次为每省（直辖市、自治区）救助贫困肺结核患者人数为 20 人。

四、组织管理

（一）各省（直辖市、自治区）防痨协会（或中国防痨联合体主席团成员单位中省级疾控中心）牵头，与各省（直辖市、自治区）中国防痨联合体主席团成员单位共同组织管理本省申报工作的实施。组织本省内贫困肺结核患者的救助申报、审核、资料汇总等工作，及时上报中国防痨协会秘书处；

（二）督促贫困肺结核患者救助经费的落实到位；

（三）对贫困肺结核患者救助情况的随访等。

五、申报程序

（一）确定救助对象。根据贫困肺结核患者救助的标准，各省（直辖市、自治区）制定救助对象确定的方法，并通知县级疾控机构（或定点医疗机构）进行调查、推荐；

（二）填报《结核病贫困救助“双千行动”项目申报表》。表中基

本情况、申请救助理由、申请救助经费由县级疾控机构（或定点医疗机构）调查人员（或为推荐人员）填写并签名；

（三）初审《结核病贫困救助“双千行动”项目申报表》。县疾控机构（或定点医疗机构）对申报表填报内容的完整性、真实性等进行初审，签字盖章后，报省（直辖市、自治区）防痨协会或者疾控中心；

（四）在省（直辖市、自治区）防痨协会或疾控中心组织下，与本省中国防痨联合体主席团成员单位讨论审核，确定贫困肺结核患者救助名单，签字盖章后，报中国防痨协会秘书处；

（五）中国防痨协会秘书处负责申报表的形式审查，由《中国防痨公益基程》结核病贫困救助“双千行动”项目管理专家组负责审定。

六、救助经费的发放

（一）中国防痨协会将以省（直辖市、自治区）为单位，将贫困肺结核患者的救助经费拨付给各省防痨协会（或中国防痨联合体主席团成员单位中的省级疾控中心）；

（二）各省将经费及时发放给每位救助对象；

（三）各省收集每位救助对象收到经费救助的证明资料，以备查。

七、申报材料的报送

（一）电子材料报送要求

各省将全省的《结核病贫困救助“双千行动”项目申报表》（申报表编号编制原则为申报年份+每个省行政区号码+县级行政区号码+申报表的顺序号，见附件1）和《汇总表》（见附件2）签字盖章后，将扫描件于2016年10月25日前，通过邮件发送至中国防痨协会秘书处。

电子邮箱地址：cata_1933@126.com。

（二）书面材料寄送要求

各省将全省的《结核病贫困救助“双千行动”项目申报表》原件每人一份和《汇总表》原件一份加盖公章后，于2016年10月31日前寄中国防痨协会秘书处。

八、联系方式

中国防痨协会秘书处：庞 丹 13810851183

杜芳芳 15201160351

办公室：010-65257475

通信地址：北京市东城区东四西大街42号，邮编100710

附件：1. 结核病贫困救助“双千行动”项目申报表

2. 结核病贫困救助“双千行动”项目汇总表



附件 1

结核病贫困救助“双千行动”项目申报表

编号:

一、基本情况				
姓名			性别	男 女
年龄	(岁)		职业	
婚姻状况	未婚	已婚 (初婚、再婚和复婚)	离异	丧偶
身份证号码				
家庭人口数	人	上年家庭总收入(元)		
本人联系方式	手机:		家庭电话:	
家庭成员联系方式	手机:		家庭电话:	
家庭住址(邮政编码)				
本人签名 (或家庭成员签名)				
二、申请救助理由				
符合当地民政部门的贫困家庭标准的患者	是	否		
县级疾控(定点医疗机构)调查确定为贫困家庭患者	是	否		
其他原因的贫困肺结核患者(具体情况描述):	是	否		
三、申请救助经费(大写: 元人民币)				
调查员(推荐人)签名:				
时 间:				

四、推荐审核意见

县疾病预防控制中心（定点医疗机构）意见：

审核人：

盖章

时间： 年 月 日

省防痨协会（或中国防痨联合体主席团成员单位中省疾病预防控制中心）意见：

审核人：

盖章

时间： 年 月 日

《中国防痨公益基程》结核病贫困救助“双千行动”项目管理专家组审核意见：

同意救助经费 元。

签名

时间： 年 月 日

中国防痨协会意见：

盖章

时间： 年 月 日

附件 2 结核病贫困救助 “双千行动” 项目申报汇总表

省名: 上报时间: 年 月 日									
序号	患者姓名	性别	年龄(岁)	职业	婚姻	家庭人口数(人)	申请经费数(元)	同意救助经费数(元)	备注
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
合计	-	-	-	-	-	-			