中国红十字基金会小天使基金
中国红十字基金会天使阳光基金

彩票公益金项目

中国红十字基金会标准 | *CRCF Standard*

执行手册

Execution Manual

Little ANGEL Sunshine Foundation

中国红十字基金会
CHINESE RED CROSS FOUNDATION
CRCF

看得见的人道

Visible Humanity

我们一直坚守

国际红十字与红新月运动七项基本原则

We are always sticking to the seven basic principles of International Federation of Red Cross and Red Crescent Movement.

在 心中

IN MIND

FOREWORD 前言

“小天使基金”和“天使阳光基金”是中国红十字基金会（以下简称“中国红基会”）发起设立的救助0-14周岁贫困白血病和先天性心脏病（以下简称“先心病”）患儿的公益专项基金，是中国红基会“红十字天使计划”的重要组成部分。基金自设立以来，因救助范围广，资助额度高而受到社会广泛关注。

在财政部、中国红十字会总会（以下简称“总会”）的大力支持下，中国红基会开展的贫困白血病、先心病患儿医疗救助项目自2009年起先后被纳入中央专项彩票公益金——中国福利彩票和中国体育彩票（以下简称“彩票公益金”）资助范围。截至2016年底共投入资金7.558亿元，救助来自全国31个省（市、区）及新疆生产建设兵团的白血病患儿2万余名；先心病患儿6000名。因其积极的救助成效和广泛的社会影响，“小天使基金”于2012年荣获中国慈善公益领域最高政府奖项——“中华慈善奖”，同年，“红十字天使计划”正式写入国务院文件（国务院《关于促进红十字事业发展的意见》国发〔2012〕25号），要求进一步加大推进力度。2015年“小天使基金”获“中央国家机关基层服务型党组织建设优秀品牌”，2016年“小天使基金”入选由中国公益研究院独立评选的“儿童大病救助十大示范项目”称号。

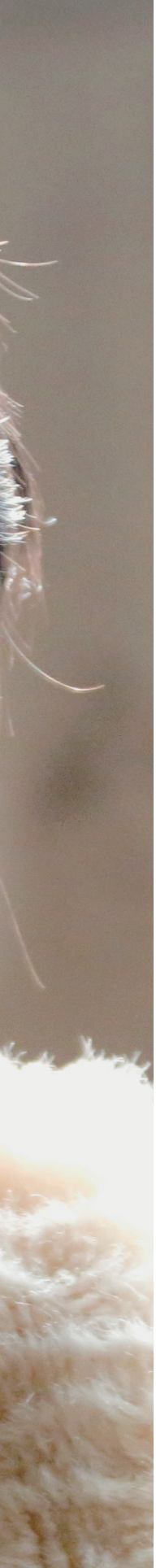
在不断加大救助力度的同时，中国红基会加大政策倡导和行业联合救助推进力度。自2013年起连续主办四届中国儿童大病救助论坛，并于2015年联合中国妇女发展基金会、中国社会福利基金会等机构共同发起成立我国首个儿童大病救助联盟。中国红基会先后发布《中国贫困白血病儿童生存状况调查报告》、《中国儿童大病医疗保障与社会救助分析》、《小天使基金项目评估与战略咨询报告》、《天使阳光基金评估报告》、《儿童白血病救助成效及需求趋势报告》等系列行业报告，希望藉此不断推动和促进政府的政策完善，改变中国贫困家庭白血病和先心病儿童的生存状态。

本手册通过对中国红基会“小天使基金”和“天使阳光基金”——彩票公益金项目执行流程的系统梳理，指引项目执行者运用标准化的手段，准确高效地开展贫困患儿救助工作，从而宣传彩票公益金项目“取之于民用之于民”的宗旨，传播红十字理念，扩大“红十字天使计划”影响力。

Little ANGEL

中国红十字基金会小天使基金

Foundation



OVERVIEW 项目概述

一、执行模式

1. 支持中国红基会“小天使基金”的彩票公益金由财政部下达预算至总会，总会通过财政授权支付方式将资金支付到中国红基会；

2. 彩票公益金的管理由总会负责，中国红基会与地方各级红十字会 / 基金会具体执行，严格遵守彩票公益金管理的相关规定。

二、资助标准

1. 对完成造血干细胞移植手术的白血病患儿每人一次性资助 5 万元；

2. 对无需造血干细胞移植手术或需要移植但尚未实施移植手术的白血病患儿每人一次性资助 3 万元；

3. 患儿在获得 3 万元资助款后完成造血干细胞移植手术，补充一次性资助 2 万元。

三、管理成本

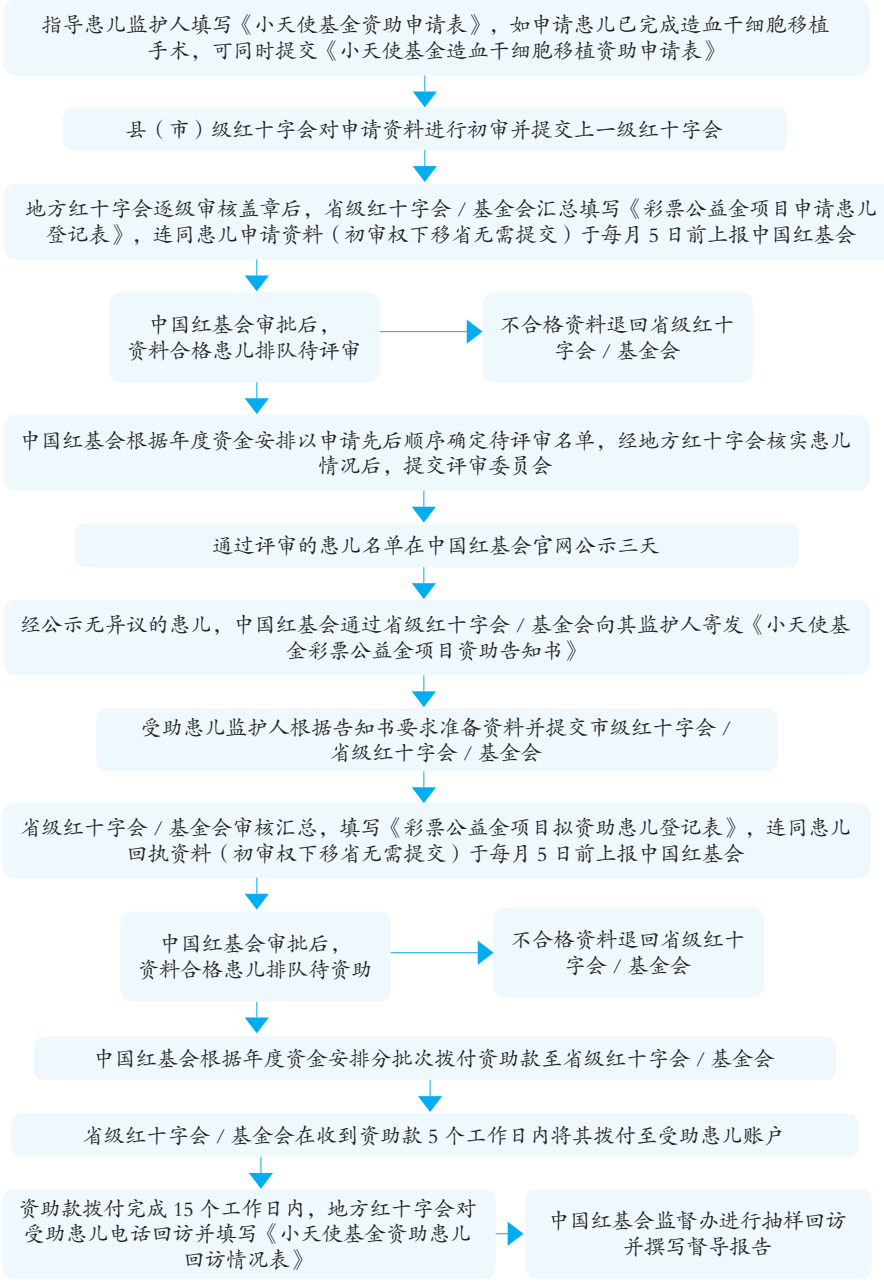
1. 从项目中列支执行本项目的必要成本由总会商财政部具体确定；

2. 中国红基会根据确定资助人数分批次向各省级红十字会 / 基金会拨付项目执行费；

3. 地方红十字会项目执行费使用范围限定为各级红十字会在执行项目过程中产生的办公耗材、设备购置、宣传、交通、通讯、邮寄、临时招募志愿者等开支，不得用于工作人员工资福利和与执行彩票公益金项目无关的支出；

4. 执行费须当年使用完毕，使用情况要有明细账目，并在项目结案报告中予以体现。因特殊原因形成的结余资金，须予以说明。

四、整体流程图


指导患儿监护人填写《小天使基金资助申请表》，如申请患儿已完成造血干细胞移植手术，可同时提交《小天使基金造血干细胞移植资助申请表》
县（市）级红十字会对申请资料进行初审并提交上一级红十字会
地方红十字会逐级审核盖章后，省级红十字会 / 基金会汇总填写《彩票公益金项目申请患儿登记表》，连同患儿申请资料（初审权下移省无需提交）于每月 5 日前上报中国红基会
中国红基会审批后，资料合格患儿排队待评审
不合格资料退回省级红十字会 / 基金会
中国红基会根据年度资金安排以申请先后顺序确定待评审名单，经地方红十字会核实患儿情况后，提交评审委员会
通过评审的患儿名单在中国红基会官网公示三天
经公示无异议的患儿，中国红基会通过省级红十字会 / 基金会向其监护人寄发《小天使基金彩票公益金项目资助告知书》
受助患儿监护人根据告知书要求准备资料并提交市级红十字会 / 省级红十字会 / 基金会
省级红十字会 / 基金会审核汇总，填写《彩票公益金项目拟资助患儿登记表》，连同患儿回执资料（初审权下移省无需提交）于每月 5 日前上报中国红基会
中国红基会审批后，资料合格患儿排队待资助
不合格资料退回省级红十字会 / 基金会
中国红基会根据年度资金安排分批次拨付资助款至省级红十字会 / 基金会
省级红十字会 / 基金会在收到资助款 5 个工作日内将其拨付至受助患儿账户
资助款拨付完成 15 个工作日内，地方红十字会对受助患儿电话回访并填写《小天使基金资助患儿回访情况表》
中国红基会监督办进行抽样回访并撰写督导报告

CRCF
CHINESE RED CROSS
FOUNDATION

APPLICATION 申请

一、申请条件

0-14 周岁患有白血病的中国籍贫困家庭儿童。

注意事项：

1. 申请条件中规定的“周岁”，按照公历的年、月、日计算，从周岁生日的第二天起算。患儿 15 周岁生日第二天 0 时起即为超龄；

2. 年龄节点：

1) 初审权下移省（即承接申请资料初审工作的省级红十字会 / 基金会）：以省级红十字会 / 基金会收到合格申请资料时间为准；

2) 非初审权下移省：以中国红基会收到合格申请资料时间为准。

3. 已获得中国红基会 " 小天使基金 " 资助的患儿不可重复申请；

4. 基金资助针对各种类型的白血病，但需要注意以下情况：

1) 在诊断证明及住院病案首页的诊断中，如描述为“白血病前期”则不属于白血病，不在基金资助范围；

2) 嗜血细胞综合症、骨髓异常综合症、非霍奇金淋巴瘤、伯基特淋巴瘤、再生障碍性贫血等均不属于白血病，不在基金资助范围。

二、申请资料

1. 填写完整的《中国红基会小天使基金资助申请表》（附件 1）

2. 申请患儿的户口簿本人页复印件；

3. 申请患儿法定监护人的户口簿本人页复印件、身份证复印件；

4. 最新病情诊断证明原件；

5. 住院病案首页复印件（须加盖医院病案复印专用章）；

6. 骨髓检查报告复印件。

注意事项：

1. 以上六份材料缺一不可；

2. 资助申请须由患儿法定监护人签字或按手印确认；

3. 户口簿如无法证实监护关系，须提供患儿出生证明复印件或相关部门开具的监护关系证明原件；

4. 病情诊断证明原件须加盖医院公章或医务处章或医院疾病诊断证明专用章，科室和病区盖章无效；

5. 资料审核时须核对患儿住院病案首页填写的出生日期与户口簿登记是否一致，如不一致须由医院更正住院病案首页或出具相关更正证明；

6. 资料审核时须核对诊断证明与住院病案首页对病情的描述是否一致，是否在资助范围内，如不一致以住院病案首页的出院诊断为准；

7. 提交申请时，如患儿已完成造血干细胞移植手术，可同时提交《小天使基金造血干细胞移植申请表》（附件 2）。

三、审核流程

1. 县（市）级红十字会审核申请资料并提交上一级红十字会；

2. 地市级红十字会审核无误后在 10 个工作日内上报省级红十字会 / 基金会；

3. 1) 初审权下移省：每月 5 日前向中国红基会提交上月《中国红基会彩票公益金项目申请患儿登记表》（附件 3）盖章原件及电子版，患儿申请资料由各省留存；

2) 非初审权下移省：每月 5 日前向中国红基会提交上月《中国红基会彩票公益金项目申请患儿登记表》盖章原件及电子版，并报送患儿申请资料；

4. 中国红基会审批后，合格资料存档待评审，不合格资料退回省级红十字会 / 基金会，重新办理或补齐资料后再申报。

注意事项：

1. 基金遵循户籍所在地申请原则，即患儿监护人向患儿户籍所在地的基层红十字会提交申请（如遇特殊情况，请与中国红基会联系咨询）；

2. 申请表的提交须逐级申报，各级红十字会审核时须确认流程是否完整。中国红基会不直接受理申请人的资助申请；

3. 地方红十字会在接收申请表时，须明确告知患儿监护人：申请表的递交不代表可以获得救助，申请资料一经递交不予退回；

4. 如申请患儿提交移植资助申请，省级红十字会 / 基金会需在《中国红基会彩票公益金项目申请患儿登记表》备注栏注明移植及进出仓时间。

EVALUATION 评审

一、评审原则

1. 申报时间顺序原则：提交评审委员会评审名单按照申请人申报时间先后顺序排列；

2. 量入为出原则：根据资金情况确定资助名额和资助金额；

3. 有限资助原则：以国家医疗保障体系救治及家庭自筹为主，小天使基金资助为辅；

4. 综合评定原则：根据患儿家庭经济情况和病情的轻重程度综合评定资助对象。

二、评审流程

1. 中国红基会根据年度资金额度，分批次拟定待评审名单；

2. 省级红十字会 / 基金会根据待评审名单对患儿进行情况核实，将结果上报中国红基会；

3. 中国红基会将核实后的待评审名单提交评审委员会，通过现场或网络评审，确定拟资助名单、资助范围和资助金额；

4. 通过评审的拟资助名单在中国红基会官方网站进行为期 3 天的公示；

5. 中国红基会根据公示无异议的拟资助名单，通过地方红十字会向患儿监护人寄发《小天使基金资助告知书》。

三、注意事项

1. 情况核实时，如患儿已完成造血干细胞移植手术，须在拟资助名单中注明情况，并指导尚未提交移植资助申请的患儿监护人填写《小天使基金造血干细胞移植申请表》；

2. 情况核实时，如患儿已去世须及时告知中国红基会并终止资助；

3. 地方红十字会向患儿监护人转发《小天使基金资助告知书》时，须仔细核对患儿姓名与资助金额。

Happy

FUND 资助

一、资助流程

（一）初审权下移省：

1. 受助患儿监护人填写《小天使基金彩票公益金项目资助告知书》回执单，并按告知书要求准备相关资料；

2. 省级红十字会 / 基金会对回执资料审核后，每月 5 日前提交《中国红基会彩票公益金项目拟资助患儿登记表》（附件 4）盖章原件及电子版，受助患儿回执资料由各省留存；

3. 中国红基会审批后，统一拨付资助款至省级红十字会 / 基金会；

4. 省级红十字会 / 基金会在收到资助款的 15 个工作日内，将资助款拨付至受助患儿银行账户。

（二）非初审权下移省：

1. 受助患儿监护人填写《小天使基金彩票公益金项目资助告知书》回执单，并按告知书要求准备相关资料；

2. 省级红十字会 / 基金会对回执资料审核后，每月 5 日前提交《中国红基会彩票公益金项目拟资助患儿登记表》（附件 4）盖章原件及电子版并报送相关资料；

3. 中国红基会审批后，合格资料排队待资助，不合格资料退回省级红十字会 / 基金会，重新办理或补齐资料后再申报；

4. 中国红基会按批次对资料合格受助患儿进行资助，资助款统一拨付至省级红十字会 / 基金会；

5. 省级红十字会 / 基金会在收到资助款的 5 个工作日内，将资助款拨付至受助患儿银行账户。

二、回执资料

1. 填写完整的回执单原件；

2. 受助患儿户口页复印件；

3. 以受助患儿姓名开户的银行存折或银行卡的复印件；

4. 受助患儿本年度诊断证明原件；

5. 按照资助告知书金额提供的医疗单据；

6. 申请造血干细胞移植资助的患儿，须提供移植手术医疗票据复印件。

注意事项：

1. 如受助患儿更改姓名，须提交更改姓名后的户口簿本人页，本人页上须标注“曾用名”；

2. 本年度诊断证明原件须为近期开具，加盖医院公章或医务处章或医院疾病诊断证明专用章，科室和病区盖章无效；

3. 在办理拨款手续过程中如发现受助患儿病故，应及时终止资助款的拨付，并将资助款退回中国红基会账户；

4. 彩票公益金年度资助金额有限，须告知受助患儿监护人如不能及时提交合格资料，将无法在本年度内获得资助。

三、单据说明

1. 以下三类均为合格医疗单据：

1) 医疗收费票据原件；

2) 由社保部门出具的报销结算单 / 补偿单 / 分割单原件；

3) 加盖最后一次报销补助部门公章的单据复印件，及与之对应的相关报销补助证明。

2. 提供单据的自付金额累加合计后，须满足资助告知书金额要求；

3. 所提供的足额单据中如无本年度医疗单据，须另提供本年度医疗单据累计不少于 1000 元（可为复印件）。

注意事项：

1. 医疗发票原件若无收费明细须提供收费结算清单；

2. 医疗票据一般指住院医疗票据，门诊、急诊票据，原则上累加不能超过 5000 元，且须为大额票据（100 元以上）；

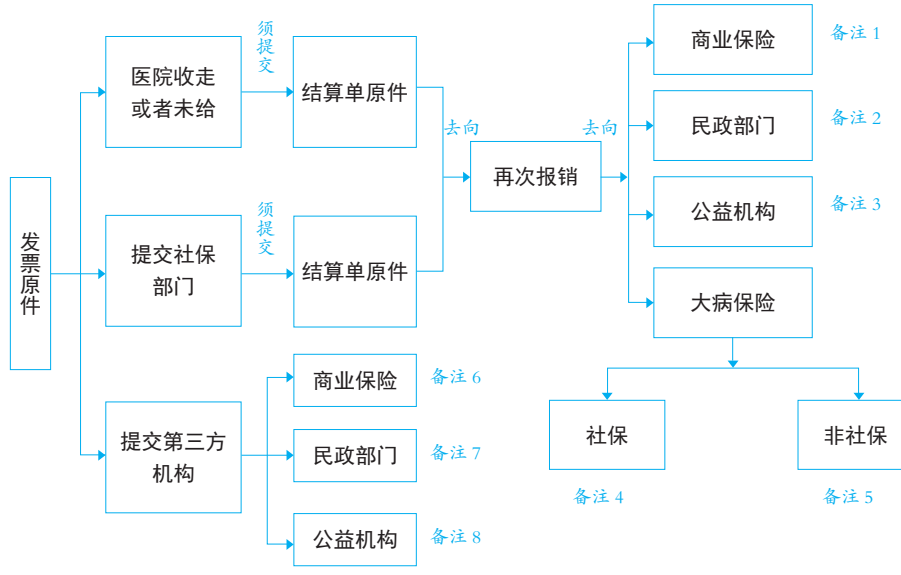
3. 由社保部门出具的报销补偿单 / 结算单 / 分割单原件须加盖社保部门公章，复印专用章无效；

4. 报销统计表 / 一览表不属于报销结算单原件；

5. 报销补助部门出具的证明须注明补助金额，并写明医保 / 新农合结算单原件留存情况；

6. 购买格列卫、培门冬酶等白血病治疗药物的发票可用于补充医疗单据不足部分，但须有加盖医院公章的相关医嘱。

四、单据图示



备注 1：加盖商业保险公章的结算单复印件 + 理赔单原件

备注 2、备注 3：加盖救助部门公章的结算单复印件 + 相关补助证明

备注 4：二次报销的结算单原件

备注 5：一次报销的结算单复印件 + 二次报销的结算单原件

备注 6：加盖商业保险公章的票据复印件 + 理赔单原件

备注 7、备注 8：加盖救助部门公章的票据复印件 + 加盖救助部门公章的相关补助证明

RETURN VISIT 回访

一、回访流程

1. 省级红十字会 / 基金会在向受助患儿的个人账户转拨资助款后 15 个工作日内，须对受助患儿及其监护人进行回访；

2. 省级红十字会 / 基金会根据回访情况填写《中国红基会小天使基金资助患儿回访情况表》（附件 5），并将盖章原件及电子版与同批次受助患儿拨款凭证一起上报中国红基会；

3. 结合省级红十字会 / 基金会提交的回访情况表，中国红基会社会监督办对受助患儿监护人进行抽样回访，并填写《中国红基会小天使基金资助患儿抽查回访情况登记表》（附件 6）；

4. 中国红基会社会监督办根据当年项目回访及督导情况，提交《彩票公益金项目回访督导报告》。

注意事项：

拨款凭证要求受助患儿一人一证，并加盖省级红十字会 / 基金会财务公章。

二、回访内容

1. 受助患儿资助款是否足额及时拨付；
2. 受助患儿治疗、生活近况；
3. 受助群体是否知晓项目资助款来源；
4. 受助群体对地方红十字会和定点医院的工作是否满意。

注意事项：

1. 填写回访情况表时，需注意核对“收到救助款时间”及“回访时间”；
2. 省级红十字会 / 基金会回访时须说明资助款来源于彩票公益金。

TRANSPLANT 移植

一、申请条件

1. 须先申请“小天使基金”，并通过审核；
2. 完成造血干细胞移植手术。

注意事项：

未申请“小天使基金”资助的患儿若已完成造血干细胞移植手术，可同时申请《小天使基金造血干细胞移植资助申请表》。

二、提交资料

1. 填写完整的《小天使基金造血干细胞移植资助申请表》；
2. HLA 分型报告 / 配型报告。

注意事项：

1. 自体移植无 HLA 分型报告 / 配型报告，须医生注明相关情况；
2. 须医生填写患儿入仓及出仓时间。

三、执行流程

（一）初审权下移省：

1. 省级红十字会 / 基金会对患儿监护人提交的《小天使基金造血干细胞移植资助申请表》审核盖章，原件省内留存；
2. 填写《中国红基会彩票公益金项目拟资助患儿登记表》，并在备注栏注明移植及进出仓时间；
3. 每月 5 日前将移植资助申请表复印件连同《中国红基会彩票公益金项目拟资助患儿登记表》上报至中国红基会。

（二）非初审权下移省：

1. 已获得基金资助的患儿：

1）省级红十字会 / 基金会对患儿监护人提交的《小天使基金造血干细胞移植资助申请表》审核盖章；

2) 填写《中国红基会彩票公益金项目拟资助患儿情况登记表》，并在备注栏注明移植及进出仓时间；

3) 每月 5 日前将移植资助申请表及相关附件原件连同《中国红基会彩票公益金项目拟资助患儿情况登记表》上报至中国红基会。

2. 尚未获得基金资助的患儿：

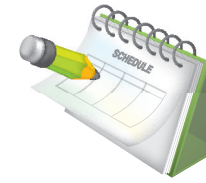
1）在收到资助告知书前，患儿申请移植资助：

操作流程同“已获得基金资助的患儿”；

2）在收到资助告知书后，患儿申请移植资助：

省级红十字会 / 基金会须在资助环节将申请移植资助资料与回执资料一同上报至中国红基会。

note


SCHEDULE

APPENDIX 附件

1. 中国红基会小天使基金资助申请表

申请人近期照片

申请人姓名：_____ 性　别：_____

身份证号码：_____

监护人姓名：_____ 与申请人关系：_____

家庭电话：_____ 手　机：_____

户籍所在地：_____省（市、区）_____市_____县_____乡（镇）_____村

通讯地址：_____省（市、区）_____市_____县_____乡（镇）_____村

邮　编：_____

申请日期：　　年　月　日

申 报 须 知

1. 本申请表由中国红十字基金会（简称中国红基会）根据**《中国红十字基金会小天使基金资助管理暂行办法》**印制并负责解释。

2. 该项目申请对象为 0-14 周岁患有白血病的中国籍贫困家庭儿童。

3. 本申请表由申请人法定监护人负责填报（用黑色钢笔或签字笔书写），并保证所有资料的真实性和完整性。

4. 申请人申报资料须经户籍所在地县级以上（含县级）红十字会审核后逐级申报，并由省级红十字会将相关信息报至中国红基会，中国红基会不直接受理个人提交的资助申请。

5. 本申请表的递交并不代表可以获得救助，申请资料一经递交不予退回。

6. 通过审批确定的救助对象名单在中国红基会和申请人户籍所在地省级红十字会官方网站上公示无异议后，向申请人监护人寄发《资助告知书》。请申请人监护人注意查收、领取。

7. 患儿监护人收到《资助告知书》后，须按其要求签署回执并提交相关资料，办理手续合格后才能获得资助；

8. 大病救助项目为一次性救助，对已获得一次救助的患儿不受理重复申请。社会定向捐助患儿、通过造血干细胞移植治疗的白血病患儿除外。

9. 对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，将不予救助；如已获救助，中国红基会保留依法追索救助款的权利。

10. 申请人在医疗过程中可能出现的医疗风险，由医患双方明确责任，中国红基会不承担任何责任。

11. 获得救助的申请人监护人有责任和义务为配合基金宣传提供必要的文字、照片、影像等资料，并同意使用申请人照片、影像等资料。

我确认已经阅读和知悉了以上全部条款，并同意所有申报规定。

申请人监护人签名：

小天使基金资助申请表

<table>
<tr><td>申请人姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>出生年月日</td><td></td><td>民族</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="6">家庭成员情况</td><td>姓名</td><td>年龄</td><td>与申请人关系</td><td colspan="2">身份证号</td><td colspan="2">工作或学习单位</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">家庭经济状况</td><td>户籍性质</td><td colspan="2">A. 农业　B. 非农业</td><td colspan="2">家庭人口总数</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>主要收入来源</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>家庭年收入</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">人均年收入</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>申请救助理由</td><td colspan="7"></td></tr>
</table>

申请人医疗情况简述

1. 申请人确诊时间：_____年 _____ 月 ___ 日，确诊医院：_____，
   确诊病型 _____ ；
2. 目前就治医院：_____，治疗效果：_____；
3. 治疗花费情况：已花费 _____；完成治疗预计需要多少费用：_____；
4. 申请人是否有医疗保险？如有，具体报销比例是多少？

申请人所需提供的身份及病情诊断证明材料

1. 申请患儿的户口簿本人页复印件；
2. 申请患儿法定监护人的户口簿本人页复印件、身份证复印件；
3. 最新病情诊断证明原件（须加盖医院公章或医务处章或医院疾病诊断证明专用章，科室和病区盖章无效）；
4. 住院病案首页复印件（须加盖医院病案复印专用章）；
5. 骨髓检查报告复印件。

说明：如户口簿无法证实监护关系的，须提供申请人出生证明复印件或派出所开具的监护关系证明原件。

以上证明材料另附，请与本申请表同时提交。如需留存请自行复印备份。

村委会 （居委会） 意　见	（申请人家庭情况是否属实） （单位公章） 负责人签名：　　联系电话 ：　　年　月　日
县（市）级 红十字会 初审意见	（单位公章） 负责人签名：　　联系电话 ：　　年　月　日
地（市）级 红十字会 初审意见	（单位公章） 负责人签名：　　联系电话 ：　　年　月　日
省级红十字会 /基金会 复审意见	（单位公章） 负责人签名：　　联系电话 ：　　年　月　日

2. 中国红基会小天使基金造血干细胞移植资助申请表

<table>
<tr><td>申请人姓名</td><td></td><td>身份证号</td><td></td><td>申请时间</td><td></td></tr>
<tr><td>联系方式</td><td colspan="3"></td><td>移植费用</td><td></td></tr>
<tr><td>是否获得过资助</td><td colspan="5">是否获得“小天使基金”资助：
□是，获得资助金额_____万元，获得资助时间：_____年；
□否。</td></tr>
<tr><td>造血干细胞移植
就诊医院
意见</td><td colspan="5">说明：需注明入仓、出仓时间。

主治医生（签名）：
（医院盖章）　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>省级红十字会
/基金会
复审意见</td><td colspan="5">
（盖章）　　年　　月　　日</td></tr>
</table>

说明：《造血干细胞配型报告》复印件需与本表一同提交。

3. 小天使基金彩票公益金项目资助告知书

_____ 的监护人：

“小天使基金”是中国红十字基金会（以下简称“中国红基会”）设立的专项救助我国 0-14 周岁贫困白血病儿童的公益基金，2009 年起获得中央专项彩票公益金支持。根据患儿的求助申请，经评委会评审，决定从小天使基金年度彩票公益金项目中安排 _____ 万元人民币资助其进行治疗。为顺利办理资助手续，现告知您如下事项：

1. 本告知书由中国红基会印制并负责解释；
2. 本告知书**自发放之日起两年内有效，**如在有效期内不能提交合格资料则视为自动放弃资助；
3. 小天使基金的资助款须全部用于受助患儿的治疗，不得用于偿还借、贷款或家庭其他生产、生活支出；
4. 小天使基金资助为一次性资助，同一患儿只能获得一次资助，本次资助后将不再接受重复申请；
5. 在办理拨款手续过程中如受助患儿病故，须及时告知所在地省红十字会；因隐瞒患儿病故事实所获得的资助款，中国红基会将予以追回；
6. 为便于接受社会监督，中国红基会可通过媒体对外公布受助患儿的基本情况；
7. 受助患儿可自行选择就诊医院，也可选择中国红基会小天使基金定点医院。医院分布情况可咨询当地省级红十字会或中国红基会小天使基金办公室；
8. 办理资助款拨付手续时，请您提交以下资料：

（1）受助患儿户口簿复印件；

（2）受助患儿本年度病情诊断证明原件；

（3）以受助患儿姓名开立的银行卡或存折首页复印件；

（4）自付足额 _____ 万元的患儿医疗单据，具体要求如下：

① 须提交受助患儿医疗收费票据原件，票据上无收费明细的须同时提交费用明细清单；

② 若医疗收费票据原件交于“新农合”、“城镇医保”报销，须提交由报销部门出具的报销结算单 / 补偿单 / 分割单原件；

③ 若上述单据原件交其它部门再次报销，则须提交加盖最后一次报销部门公章的单据复印件与该部门出具的相关补助证明；

④ 扣除在医疗保险及其他部门报销后的单据余额累计需不少于基金资助金额；

⑤ 医疗单据需含提交本回执当年的住院或门诊票据，累计不少于 1000 元。

（5）受助患儿如已提交《小天使基金造血干细胞移植资助申请表》，须提交移植手术医疗收费票据（原件或复印件均可）；

9. 请填写并沿虚线裁下“回执”，连同上述第 8 条所列资料，于 2017 年____ 月____日前寄送至所在地红十字会（联系地址及联系人姓名由所在地红十字会另附）；

10. 根据年度资金安排，中国红基会将资料符合要求的受助患儿资助款拨付至省级红十字会账户，由其转拨至受助患儿银行卡（或存折）账户，或其就诊的定点医院；

11. 收到资助款后，请您及时告知所在地省级红十字会，并有义务配合相关宣传、回访等工作。

祝您的孩子早日康复！

年　　月

- 沿 此 线 裁 下 -

回　　执

编号

中国红基会“小天使基金”办公室：

我是 _____ 的监护人 _____，我的手机：_____，座机：_____（如无，可填村（居）委会电话）。现已知悉并同意《小天使基金彩票公益金项目资助告知书》内容。请将 _____ 万元资助款汇入定点医院或患儿账户：

1. 患儿目前就诊医院名称：_____；

2. 患儿银行卡或存折账户户名：_____，

开户行：_____ 银行 _____ 分行 _____ 支行，

卡号或存折账号：_____ 。

监护人签名：

年　　月　　日

4. 中国红基会彩票公益金项目申请患儿登记表

（ □ 白血病项目　　□ 先心病项目 ）

填报单位（盖章）：_____　省（区、市）红十字会 / 基金会　填报人：_____　负责人：_____　填报时间：_____

序号	姓名	性别	身份证号	出生年月日	户籍（家庭）住址				邮编	联系方式	监护人	监护人职业	患儿病型	确诊时间	就诊医院	审核日期	家庭情况	备注
					省（区、市）	市（州）	县	乡（镇）、村										

说明：本表由省级红十字会 / 基金会填写，于每月 5 日前报送中国红基会。

5. 中国红基会彩票公益金项目拟资助患儿登记表

（ □ 白血病项目　　□ 先心病项目 ）

填报单位（盖章）：_____ 省（区、市）红十字会 / 基金会　　项目负责人：_____ 填表人：_____ 填表日期：_____ 单位：元

序号	档案号	姓名	病型	治疗方式	治疗总费用	基本医保报销金额	其他补偿金额	彩票公益金拟资助金额	个人负担金额	监护人	联系方式	就诊医院

说明：本表由省级红十字会 / 基金会填写，于每月 5 日前报送中国红基会。

6. 中国红基会彩票金项目资助患儿回访情况表

（ □ 白血病项目　　□ 先心病项目 ）

回访单位（盖章）：　　省（区、市）红十字会 / 基金会　　项目负责人：　　回访填表人　　回访方式：　　红基会拨款批次：

序号	档案号	回访时间	受助人姓名	受访人姓名	与受助人关系	联系电话	救助款到账情况				收到救助款时间	是否知道资助款来源	救治医院	手术时间	受助人目前状况	对地方红会和定点医院满意度
							已收到	收到金额	未查询	未收到						

填表说明：

本表由省级红十字会 / 基金会填写。回访工作按照拨款批次进行；在每批救助款拨出后 15 个工作日内进行回访，回访结束后 10 个工作日内将本表报送至中国红基会。

7. 中国红基会彩票金项目资助患儿抽查回访情况登记表

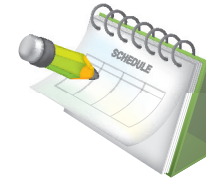
（ □ 白血病项目　　□ 先心病项目 ）

回访填表人：　　回访方式：　　回访地点：

序号	回访时间	受助人姓名	受访人姓名	与受助人关系	联系电话	资助款到账情况				收到资助款时间	受助人救治医院	治疗情况	受助人目前状况	省级红十字会 / 基金会回访情况			是否知道资助方	对地方红会的满意度	对定点医院的满意度	备注
						已收到	收到金额	未查询	未收到					已回访	回访方式	未回访				

填表说明：本表由中国红基会社会监督巡察员填写。

note


SCHEDULE

ANGEL Sunshine

中国红十字基金会天使阳光基金

Foundation

OVERVIEW 项目概述

一、执行模式

1. 支持中国红基会“天使阳光基金”的彩票公益金由财政部下达预算至总会，总会通过财政授权支付方式将资金支付到中国红基会；

2. 彩票公益金的管理由总会负责，中国红基会与地方各级红十字会 / 基金会具体执行，严格遵守彩票公益金管理的相关规定。

二、资助标准

1. 家庭自付 5 千元（不含）至 1 万元（含）的先心病患儿，每人资助 5 千元；
2. 家庭自付 1 万元（不含）至 1.5 万元（含）的先心病患儿，每人资助 1 万元；
3. 家庭自付 1.5 万元（不含）至 2 万元（含）的先心病患儿，每人资助 1.5 万元；
4. 家庭自付 2 万元（不含）至 3 万元（含）的先心病患儿，每人资助 2 万元；
5. 家庭自付 3 万元以上的（不含 3 万元）先心病患儿，每人资助 3 万元。

注意事项：

1. 基金资助最低标准为 5 千元，经基本医疗保险、商业保险等综合报销后，低于最低标准的家庭自付部分将不予资助；

2. 患有复杂先心病需多次手术、且已获得过一次基金资助的患儿，在完成第二次或第三次手术、提交相关资助材料，可予补充资助。最高资助金额累计不超过 3 万元。

三、管理成本

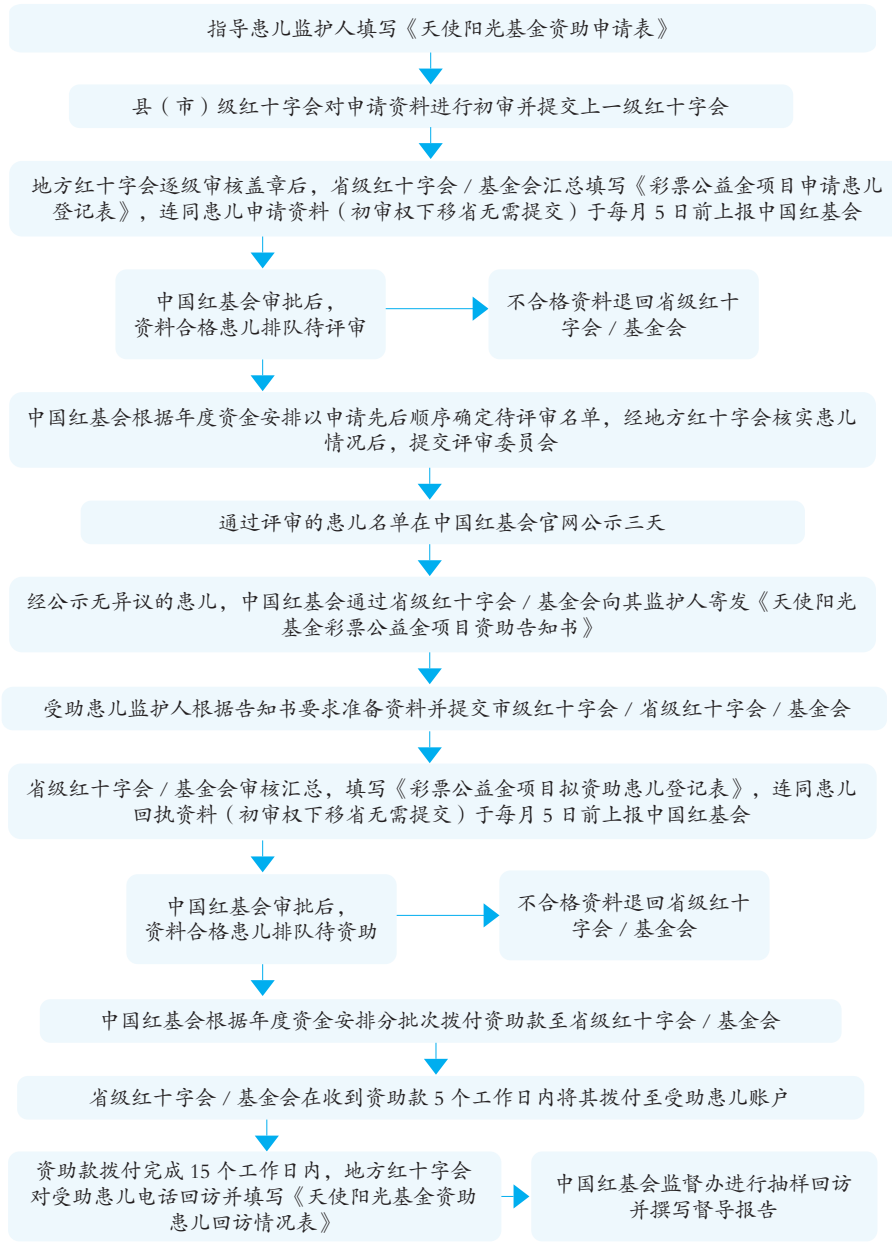
1. 从项目中列支执行本项目的必要成本由总会商财政部具体确定；

2. 中国红基会根据确定资助人数分批次向各省级红十字会 / 基金会拨付项目执行费；

3. 地方红十字会项目执行费使用范围限定为各级红十字会在执行项目过程中产生的办公耗材、设备购置、宣传、交通、通讯、邮寄、临时招募志愿者等开支，不得用于工作人员工资福利和与执行彩票公益金项目无关的支出；

4. 执行费须当年使用完毕，使用情况要有明细账目，并在项目结案报告中予以体现。因特殊原因形成的结余资金，须予以说明。

四、整体流程图


指导患儿监护人填写《天使阳光基金资助申请表》
县（市）级红十字会对申请资料进行初审并提交上一级红十字会
地方红十字会逐级审核盖章后，省级红十字会 / 基金会汇总填写《彩票公益金项目申请患儿登记表》，连同患儿申请资料（初审权下移省无需提交）于每月 5 日前上报中国红基会
中国红基会审批后，资料合格患儿排队待评审
不合格资料退回省级红十字会 / 基金会
中国红基会根据年度资金安排以申请先后顺序确定待评审名单，经地方红十字会核实患儿情况后，提交评审委员会
通过评审的患儿名单在中国红基会官网公示三天
经公示无异议的患儿，中国红基会通过省级红十字会 / 基金会向其监护人寄发《天使阳光基金彩票公益金项目资助告知书》
受助患儿监护人根据告知书要求准备资料并提交市级红十字会 / 省级红十字会 / 基金会
省级红十字会 / 基金会审核汇总，填写《彩票公益金项目拟资助患儿登记表》，连同患儿回执资料（初审权下移省无需提交）于每月 5 日前上报中国红基会
中国红基会审批后，资料合格患儿排队待资助
不合格资料退回省级红十字会 / 基金会
中国红基会根据年度资金安排分批次拨付资助款至省级红十字会 / 基金会
省级红十字会 / 基金会在收到资助款 5 个工作日内将其拨付至受助患儿账户
资助款拨付完成 15 个工作日内，地方红十字会对受助患儿电话回访并填写《天使阳光基金资助患儿回访情况表》
中国红基会监督办进行抽样回访并撰写督导报告

APPLICATION 申请

一、申请条件

0-14 周岁患有先天性心脏病且需要手术治疗的中国籍贫困家庭儿童。

注意事项：

1. 申请条件中规定的“周岁”，按照公历的年、月、日计算，从周岁生日的第二天起算。患儿 15 周岁生日第二天 0 时起即为超龄；

2. 年龄节点：

1) 初审权下移省（即承接申请资料初审工作的省级红十字会 / 基金会）：以省级红十字会 / 基金会收到合格申请资料时间为准；

2) 非初审权下移省：以中国红基会收到合格申请资料时间为准。

二、申请资料

1. 填写完整的《中国红十字基金会天使阳光基金资助申请表》（附件 1）；

2. 申请患儿的户口簿本人页复印件；

3. 申请患儿法定监护人的户口薄本人页复印件、身份证复印件；

4. 申请患儿心脏超声检查报告单原件或复印件。

注意事项：

1. 以上四份材料缺一不可；

2. 资助申请须由患儿法定监护人签字或按手印确认；

3. 户口簿如无法证实监护关系，须提供患儿出生证明复印件或相关部门开具的监护关系证明原件；

4. 心脏超声检查报告单须明确显示患儿具体病症；

5. 资料审核时须核对申请患儿信息与超声检查报告单所显示患儿信息是否一致；

6. 须询问患儿手术时间安排，并明确告知其监护人基金的资助有效期为 3 个月，如未能在有效期内完成手术则取消受助资格，重新申报，需合理安排资料提交时间。

7. 对于已获得过“天使阳光基金”资助并申请补充资助的患儿，无需提交以上材料，仅须填写《中国红基会天使阳光基金补充资助申请表》（附件 2）并提交术后材料至省级红十字会 / 基金会，由其审核后提交中国红基会。

三、审核流程

1. 县（市）级红十字会审核申请资料并提交上一级红十字会；

2. 地市级红十字会审核无误后在 10 个工作日内上报省级红十字会 / 基金会；

3. 1）初审权下移省：在每月 5 日前对患儿手术情况进行核实，并提交《中国红基会彩票公益金项目申请患儿登记表》（附件 3）盖章原件及电子版，患儿申请表原件由各省留存；

2）非初审权下移省：在每月 5 日前向中国红基会提交上月《中国红基会彩票公益金项目申请患儿登记表》盖章原件及电子版和患儿申请表原件（基金评审前对患儿手术情况进行核实，并提交核实后的《中国红基会彩票公益金项目申请患儿登记表》）；

4. 中国红基会审批后，合格资料存档待评审，不合格资料退回省级红十字会 / 基金会，重新办理或补齐资料后再申报。

注意事项：

1. 基金遵循户籍所在地申请原则，即患儿监护人向患儿户籍所在地的基层红十字会提交申请（如遇特殊情况，请与中国红基会联系咨询）；

2. 申请表的提交须逐级申报，各级红十字会审批时须确认流程是否完整。中国红基会不直接受理申请人的资助申请；

3. 基层红十字会在接收申请表时，须明确告知患儿监护人：申请表的递交不代表可以获得救助，申请资料一经递交不予退回。

EVALUATION 评审

一、评审原则

1. 申报时间顺序原则：提交评审委员会评审名单按照申请人申报时间先后顺序排列；

2. 量入为出原则：根据资金情况确定资助名额和资助金额；

3. 补充资助原则：在申请人享受国家基本医疗保障、商业健康保险、城乡医疗救助之后，“天使阳光基金”予以补充资助；

4. 综合评定原则：根据患儿家庭经济情况和病情的轻重程度及手术治疗后的效果综合评定资助对象。

二、评审流程

1. 中国红基会根据年度资金额度，分批次拟定待评审名单；

2. 省级红十字会 / 基金会根据待评审名单对患儿进行情况核实，将结果上报中国红基会；

3. 中国红基会根据核实名单提交评审委员会，通过现场或网络评审，确定拟资助名单、资助范围和资助金额；

4. 评审结果在中国红基会官方网站进行为期 3 天的公示；

5. 中国红基会根据公示无异议的拟资助名单，通过省级红十字会 / 基金会向患儿监护人寄发《天使阳光基金资助告知书》。

注意事项：

1. 情况核实时，如患儿在评审前已完成手术或去世须及时告知中国红基会并终止资助；

2. 无法在近期完成手术的患儿，暂时不计入评审名单，待患儿手术时机成熟后申报评审。

FUND 资助

一、资助流程

1. 受助患儿根据资助告知书要求完成手术后，由其监护人填写《天使阳光基金资助告知书》回执单，并按告知书要求准备相关资料；

2. 省级红十字会 / 基金会对回执资料审核后，向中国红基会提交《中国红基会彩票公益金项目拟资助患儿登记表》（附件 4）并报送相关资料；

3. 中国红基会审批后，合格资料排队待资助，不合格资料退回省级红十字会 / 基金会，重新办理或补齐资料后再申报；

4. 中国红基会按批次对资料合格受助患儿进行资助，资助款统一拨付至省级红十字会 / 基金会；

5. 省级红十字会 / 基金会在收到资助款 15 个工作日内，将资助款拨付至受助患儿银行账户；

6. 由定点医院垫付费用的受助患儿，中国红基会统一拨付资助款至医院账户。

二、回执资料

1. 填写完整的回执单原件；

2. 受助患儿住院病案首页、手术记录；

3. 以受助患儿姓名开户的银行存折或银行卡的复印件；

4. 受助患儿术后照片；

5. 住院医疗单据。

注意事项：

1. 如受助患儿更改姓名，须提交更改姓名后的户口簿本人页，本人页上须标注“曾用名”；

2. 资料审核时须核对手术记录中的手术时间，如早于告知书显示的评审时间则终止资助；同时须审核患儿是否在告知书规定时间内完成手术，未按要求的手术费用将不予资助。

3. 如受助患儿在治疗时使用其监护人的新农村合作医疗保险或城镇居民 / 职工基本医疗保险，提交回执材料须附受助患儿及其监护人户口页复印件以证明其监护关系；

4. 基金资助仅针对手术费用，患儿经入院检查后发现病情自动愈合或无手术指征的情况将不予资助；

5. 经入院检查需暂缓手术的受助患儿，保留其受助资格，待完成手术并提交相关资料后予以资助。

三、单据说明

1. 以下三类均为合格医疗单据：

1) 医疗收费票据原件；

2) 由社保部门出具的报销结算单 / 补偿单 / 分割单原件和住院收费票据复印件；

3) 加盖最后一次报销补助部门公章的住院票据复印件和结算单复印件或直补票据复印件，及与之对应的相关报销补助证明。

2. 提供单据的自付金额累加合计后，须满足资助告知书金额要求。

注意事项：

1. 基金只资助受助患儿通过评审后的手术费用，早于评审时间的手术费用不予资助；

2. 受助患儿就诊过程中发生的门诊费、因先心病引发的肺炎等相关病症住院费、术后复查费等费用不在基金资助范围；

3. 医疗票据原件若无收费明细须提供收费结算清单；

4. 由社保部门出具的报销补偿单 / 结算单 / 分割单原件须加盖社保部门公章，复印专用章无效；

5. 报销统计表 / 一览表不属于报销结算单原件；

6. 报销补助部门出具的证明须注明补助金额，并写明医保 / 新农合结算单原件留存情况。

CRCF
CHINESE RED CROSS
FOUNDATION

RETURN VISIT 回访

一、回访流程

1. 省级红十字会 / 基金会在向受助患儿的个人账户转拨资助款后 15 个工作日内，须对受助患儿及其监护人进行回访；

2. 省级红十字会 / 基金会根据回访情况填写《中国红基会天使阳光基金资助患儿回访情况表》（附件 5），并将电子版及盖章原件与同批次受助患儿拨款凭证一起上报中国红基会；

3. 结合省级红十字会 / 基金会提交的回访情况表，中国红基会社会监督办对受助患儿及其监护人进行抽样回访，并填写《中国红基会天使阳光基金资助患儿抽查回访情况登记表》（附件 6）；

4. 中国红基会社会监督办根据当年项目回访及督导情况，提交《彩票公益金项目回访督导报告》。

注意事项：

拨款凭证要求受助患儿一人一证，并加盖省级红十字会 / 基金会财务公章。

二、回访内容

1. 受助患儿资助款是否足额及时拨付；
2. 受助患儿治疗、生活近况；
3. 受助群体是否知晓项目资助款来源；
4. 受助群体对地方红十字会和定点医院的工作是否满意。

注意事项：

1. 填写回访情况表时，需注意核对“收到救助款时间”及“回访时间”；
2. 省级红十字会 / 基金会回访时须说明资助款来源于彩票公益金。

天使之旅
先心病患儿
筛查行动
CRCF

SCREENING 筛查

一、实施背景

因经济情况、文化水平等诸多局限因素，有很多边远地区的先心病患儿家长并不了解孩子的病情，或无钱及时医治，以致延误了最佳治疗时机。2011 年起，中国红基会从等待上门求助转变为主动走出去，尤其针对贫困偏远地区，开展“天使之旅”系列先心病的筛查活动，经确诊符合手术指征的 0–14 周岁先心病患儿安排指定医院进行救治。通过中国红基会“天使之旅”的筛查活动，让更多的人了解了先心病的防治和护理知识。

二、筛查形式

1. 中国红基会邀约定点医院进行筛查；
2. 定点医院通过所在地本级红十字会申报组织筛查。

三、筛查原则

中国红基会原则上鼓励定点医院组织技术精湛的专家医疗团队前往偏远贫困地区开展筛查救助工作。

四、方案申报

医院申报的筛查方案应包括不限于筛查时间、选点理由、参与人员、拟筛查人数、资金预算、宣传方案以及需要中国红基会提供的支持等。

五、项目资金

1. 彩票公益金仅用于资助先心病患儿的手术费用；
2. 筛查活动期间产生的费用，由各参与方自行承担，不得在资助款中列支。

六、优先条件

1. 医院具备医保核销资格；
2. 医院匹配资金支持；
3. 费用适当减免及提前垫付；

4. 医院协调当地各部门配合宣传的自主筛查。

七、项目流程

1. 定点医院向省级红十字会 / 基金会提交《“天使之旅——贫困先心病患儿筛查行动” 项目申报表》及实施方案；

2. 省级红十字会 / 基金会审核后报至中国红基会；

3. 根据年度资金安排，中国红基会制定年度筛查方案；

4. 根据筛查方案，定点医院、中国红基会和省级红十字会 / 基金会配合开展筛查活动；

5. 筛查完成后，定点医院向中国红基会提交拟资助患儿名单（加盖公章）；

6. 中国红基会审批后向省级红十字会 / 基金会发函，通知患儿监护人填写《中国红基会天使阳光基金资助申请表》并准备相关材料；

7. 申请材料经省级红十字会 / 基金会审核后提交中国红基会；

8. 中国红基会审批通过后，直接向定点医院寄发资助告知书；

9. 医院根据资助告知书安排患儿入院治疗，先行垫付资助额度内的费用，并给予适当费用减免；

10. 全部手术完成后，定点医院整理相关资料提交中国红基会；

11. 中国红基会审批医院提交的回执材料，向医院拨付资助款；

12. 定点医院向中国红基会提供等额医疗票据。

八、注意事项

1. 筛查活动开展期间，对外宣传时须标明“天使之旅”、“彩票公益金”字样；

2. 根据彩票公益金年度资助计划，筛查出的患儿需在本年度 10 月底前完成手术并拨付相应款项；如在预计时间内未能完成，剩余资助款将在下一年度拨付；

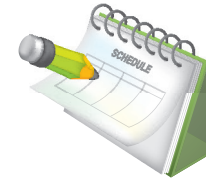
3. 未提前申报的筛查活动，中国红基会不予资助；

4. 年度筛查任务完成率低于其预算总额 60%的定点医院，中国红基会将在下一年核减其申报预算金额；

5. 无故中止筛查活动的定点医院将不得参与下一年度预算申报。

天使之
先心病
助

note


SCHEDULE

APPENDIX 附件

1. 中国红基会天使阳光基金资助申请表

申请人近期照片

申请人姓名：_____ 性　别：_____

身份证号码：_____

监护人姓名：_____ 与申请人关系：_____

家庭电话：_____ 手　机：_____

户籍所在地：_____省（市、区）_____市_____县_____乡（镇）_____村

通讯地址：_____省（市、区）_____市_____县_____乡（镇）_____村

邮　编：_____

申请日期：　　年　月　日

申 报 须 知

1. 本申请表由中国红十字基金会（简称中国红基会）根据**《中国红十字基金会天使阳光基金资助管理暂行办法》**印制并负责解释。

2. 该项目申请对象为 0-14 周岁患有先天性心脏病且需要手术治疗的中国籍贫困家庭儿童。

3. 本申请表由申请人法定监护人负责填报（用黑色钢笔或签字笔书写），并保证所有资料的真实性和完整性。

4. 申请人申报资料须经户籍所在地县级以上（含县级）红十字会审核后逐级申报，并由省级红十字会将相关信息报至中国红基会，中国红基会不直接受理个人提交的资助申请。

5. 本申请表的递交并不代表可以获得救助，申请资料一经递交不予退回。

6. 通过审批确定的救助对象名单在中国红基会和申请人户籍所在地省级红会官方网站上公示无异议后，向申请人监护人寄发《资助告知书》。请申请人监护人注意查收、领取。

7. 申请人须在通过评审并获得《资助告知书》的三个月内完成手术，未在有效期内手术的申请人如仍需要资助，须提交情况说明，并按提交说明的时间重新排队待资助。非有效期内的手术费用不予资助。

8. 大病救助项目为一次性救助，对已获得一次救助的患儿不受理重复申请。社会定向捐助患儿、需多次手术的复杂先心病患儿除外。

9. 对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，将不予救助；如已获救助，中国红基会保留依法追索救助款的权利。

10. 申请人在医疗过程中可能出现的医疗风险，由医患双方明确责任，中国红基会不承担任何责任。

11. 获得救助的申请人监护人有责任和义务为配合基金宣传提供必要的文字、照片、影像等资料，并同意使用申请人照片、影像等资料。

我确认已经阅读和知悉了以上全部条款，并同意所有申报规定。

申请人监护人签名：

天使阳光基金资助申请表

<table>
<tr><td>申请人姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>出生年月日</td><td></td><td>民族</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="6">家庭成员情况</td><td>姓名</td><td>年龄</td><td>与申请人关系</td><td colspan="2">身份证号</td><td colspan="2">工作或学习单位</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">家庭经济状况</td><td>户籍性质</td><td colspan="2">A. 农业　B. 非农业</td><td colspan="2">家庭人口总数</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>主要收入来源</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>家庭年收入</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">人均年收入</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>申请救助理由</td><td colspan="7"></td></tr>
</table>

申请人医疗情况简述

1. 申请人确诊时间：_____年 _____ 月 ___ 日，确诊医院：_____，
2. 预计手术时间：_____ ，治愈预计需要多少费用： _____ ；
3. 申请人是否有医疗保险？如有，具体报销比例是多少？

申请人所需提供的身份及病情诊断证明材料

1. 身份证明材料：申请人及其监护人户口簿和身份证复印件。
2. 病情证明材料：须提供最新病情医学检查报告单 （超声心动图报告等）复印件。

说明：如户口簿无法证实监护关系的，须提供申请人出生证明复印件或派出所开具的监护关系证明原件。

以上证明材料另附，与本申请表一起申报。如需留存请自行复印备份。

村委会 （居委会） 意　见	（申请人家庭情况是否属实） （单位公章） 负责人签名：　　联系电话：　　年　月　日
县（市）级 红十字会 初审意见	（单位公章） 负责人签名：　　联系电话：　　年　月　日
地（市）级 红十字会 初审意见	（单位公章） 负责人签名：　　联系电话：　　年　月　日
省级红十字会 /基金会 复审意见	（单位公章） 负责人签名：　　联系电话：　　年　月　日

2. 中国红基会天使阳光基金补充资助申请表

<table>
<tr><td>申请人姓名</td><td></td><td>身份证号</td><td></td></tr>
<tr><td>监护人姓名</td><td></td><td>身份证号</td><td></td></tr>
<tr><td>联系方式</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>资助情况</td><td colspan="3">首次资助时间：_____ 年 _____ 月
获得资助金额：_____ 元
本次拟资助金额：_____ 元</td></tr>
<tr><td>本次手术情况</td><td colspan="3">手术时间：_____ 年 _____ 月 _____ 日
手术费用：_____ 元
报销费用：_____ 元
自付费用：_____ 元</td></tr>
<tr><td>省级红十字会
/ 基金会
复审意见</td><td colspan="3">（盖章） 年 月 日</td></tr>
<tr><td colspan="4">申请人所需提供材料明细：
1. 受助患儿住院病案首页、手术记录；
2. 以受助患儿姓名开户的银行存折或银行卡的复印件；
3. 受助患儿术后照片；
4. 本次住院收费票据。</td></tr>
</table>

3. 天使阳光基金彩票公益金项目资助告知书

_____的监护人：

“天使阳光基金”是中国红十字基金会（以下简称中国红基会）设立的专项救助我国 0-14 周岁贫困先天性心脏病儿童的公益基金，2011 年起获得中央专项彩票公益金支持。根据患儿的求助申请，经评委会评审，决定从天使阳光基金_____ 年度彩票公益金项目中安排资金资助其手术治疗。为顺利办理资助手续，现告知您如下事项：

1. 本告知书由中国红基会印制并负责解释；

2. **本告知书有效期为三个月，请在_____年_____月_____日前完成手术，非有效期内的手术费用不予资助；**

3. 根据《天使阳光基金资助管理暂行办法》规定，受助患儿经基本医疗保险、商业保险等报销后，按以下五个标准实施资助：

（1）家庭自付 5 千元（不含）-1 万元（含），资助标准为 5 千元；

（2）家庭自付 1 万元（不含）-1.5 万元（含），资助标准为 1 万元；

（3）家庭自付 1.5 万元（不含）-2 万元（含），资助标准为 1.5 万元；

（4）家庭自付 2 万元（不含）-3 万元（含），资助标准为 2 万元；

（5）家庭自付 3 万元以上，资助标准为 3 万元；

复杂先心病患儿需多次手术、且已获得一次资助的，在完成第二次或第三次手术、提交相关资助资料后，可予以补充资助，最高资助金额累计不超过 3 万元。具体情况可咨询所在地省级红十字会；

4. 如出现以下情况，中国红基会将终止资助：

（1）监护人在评审前回访时有隐瞒患儿已完成心脏手术情况的（依据评审时间），须终止资助；

（2）入院检查后病情自动愈合或无手术指征的终止资助；

5. 如患儿监护人通过隐瞒、欺骗等行为获得资助，中国红基会将追索全部救助款，并追究当事人相关法律责任；

6. 中国红基会只在手术费用上予以资助，不承担手术效果、手术风险等方面的责任，任何医患之间的法律纠纷将由医院和家属双方自行解决；

7. 为便于接受社会监督，中国红基会可通过媒体对外公布受助患儿的基本情况；

8. 获得受助资格的患儿可自行选择手术医院，也可选择中国红基会天使阳光基金定点医院。医院分布情况可咨询所在地省级红十字会或中国红基会天使阳光基金办公室；

9. 办理资助款拨付手续时，请您提交以下资料：

（1）住院病案首页 （2）手术记录 （3）以患儿姓名开立的银行卡或存折复印件

（4）患儿术后 5 寸彩照（可提供电子版）

（5）住院医疗票据，具体要求如下：

① 未参加任何医疗保险的患儿，直接提供患儿住院医疗票据原件，票据上无收费明细的须同时提供给收费结算单；

② 已参加“城镇医保”、“新农合”或其他商业保险的患儿，提供医疗直补票据原件或报销部门出具的报销补偿单原件，并提供医疗票据复印件（加盖报销部门公章）；

③ 若报销补偿单原件（或直补票据原件）交其他部门再次报销，则须提供加盖最后一次报销部门公章的报销补偿单复印件（或直补票据复印件）与该部门出具的相关补助证明原件；

④ 经医疗保险及其他部门报销后的票据余额累计不低于 5 千元；

10. 请填写并沿虚线裁下“回执”，连同上述第 9 条所列资料，寄送至所在地省级红十字会（联系方式由省级红十字会另附）或由定点医院寄送至中国红基会；

11. 根据年度资金安排，中国红基会将资料符合要求的患儿资助款拨付至省级红十字会账户，由其转拨至受助患儿银行卡（或存折）账户；由定点医院垫付费用的，中国红基会直接拨款至相应医院；

12. 收到资助款后，请您及时告知所在地省级红十字会，并有义务配合相关宣传、回访等工作。

祝您的孩子早日康复！

年　　月

- 沿 此 线 裁 下 -

回　　执

编号

中国红基会“天使阳光基金”办公室：

我是_____的监护人 _____，我的手机：_____，座机：_____（如无，可填村（居）委会电话）。现已知悉并同意《天使阳光基金彩票公益金项目资助告知书》内容。患儿于_____年 ____月 ____日通过评审，_____年____月___日实施了手术，手术费用共计_____ 元，报销费用共计_____ 元，自付_____ 元，请将资助款汇入定点医院或患儿账户（二选一）：

1. 如手术费用为家庭自付，资助款汇入患儿以下账户：

患儿银行卡或存折账户户名：_____卡号或存折账号：_____

开户行：_____ 银行 _____ 分行 _____ 支行 _____

2. 如定点医院垫付手术费用，资助款汇入定点医院专项账户。

我已明确知悉天使阳光基金资助金额为_____ 元，由_____（医院名称）先行垫付。

温馨提示：本告知书有效期为三个月。

请在 _____年___月___日前完成手术。

监护人签名：

年　　月　　日

4. 中国红基会彩票公益金项目申请患儿登记表

（ □ 白血病项目　　□ 先心病项目 ）

填报单位（盖章）：_____　省（区、市）红十字会 / 基金会　填报人：_____　负责人：_____　填报时间：_____

序号	姓名	性别	身份证号	出生年月日	户籍（家庭）住址				邮编	联系方式	监护人	监护人职业	患儿病型	确诊时间	就诊医院	审核日期	家庭情况	备注
					省（区、市）	市（州）	县	乡（镇）、村										

说明：本表由省级红十字会 / 基金会填写，于每月 5 日前报送中国红基会。

5. 中国红基会彩票公益金项目拟资助患儿登记表

（ □ 白血病项目　　□ 先心病项目 ）

填报单位（盖章）：_____ 省（区、市）红十字会 / 基金会　　项目负责人：_____ 填表人：_____ 填表日期：_____ 单位：元

序号	档案号	姓名	病型	治疗方式	治疗总费用	基本医保报销金额	其他补偿金额	彩票公益金拟资助金额	个人负担金额	监护人	联系方式	就诊医院

说明：本表由省级红十字会 / 基金会填写，于每月 5 日前报送中国红基会。

6. 中国红基会彩票金项目资助患儿回访情况表

（ □ 白血病项目　　□ 先心病项目 ）

回访单位（盖章）：_____省（区、市）红十字会 / 基金会　　项目负责人：_____　回访填表人：_____回访方式：_____红基会拨款批次：_____

序号	档案号	回访时间	受助人姓名	受访人姓名	与受助人关系	联系电话	救助款到账情况				收到救助款时间	是否知道资助款来源	救治医院	手术时间	受助人目前状况	对地方红会和定点医院满意度
							已收到	收到金额	未查询	未收到						

填表说明：

本表由省级红十字会 / 基金会填写。回访工作按照拨款批次进行；在每批救助款拨出后 15 个工作日内进行回访，回访结束后 10 个工作日内将本表报送至中国红基会。

7. 中国红基会彩票金项目资助患儿抽查回访情况登记表

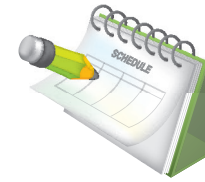
（ □ 白血病项目　　□ 先心病项目 ）

回访填表人：　　回访方式：　　回访地点：

序号	回访时间	受助人姓名	受访人姓名	与受助人关系	联系电话	资助款到账情况				收到资助款时间	受助人救治医院	治疗情况	受助人目前状况	省级红十字会 / 基金会回访情况			是否知道资助方	对地方红会的满意度	对定点医院的满意度	备注
						已收到	收到金额	未查询	未收到					已回访	回访方式	未回访				

填表说明：本表由中国红基会社会监督巡察员填写。

note


SCHEDULE

Contact us

联系我们

联系电话

“小天使基金”彩票公益金项目办公室

010-85594855/6/7

“天使阳光基金”彩票公益金项目办公室

010-85594852/3

联系地址

北京市东城区东单北大街干面胡同 53 号中国红十字基金会 104 室

小天使基金公众号　　天使阳光基金公众号

Jeep
RUBICON
Jeep

100%
RECYCLED

中国红十字基金会

中国红十字基金会（简称中国红基会），全国性公募基金会，国家“5A 级基金会”。我们坚守红十字运动的七项基本原则：人道、公正、中立、独立、志愿服务、统一和普遍。我们的宗旨是：弘扬人道、博爱、奉献的红十字精神，致力于改善人的生存状况和发展境况，保护人的生命与健康，促进世界和平与社会进步。

中国红基会公益项目以“红十字天使计划”为核心，由健康干预、救灾赈济、教育促进和社区支持四个部分组成，包括贫困重症（白血病、先天性心脏病、唇腭裂、再生障碍性贫血等）儿童医疗救助、乡村卫生院（站）及乡村博爱学校援建、乡村医生及乡村教师培训、灾害及贫困地区博爱家园援建、景区红十字救护站援建等子项目。

CRCF is a national public fundraising organization registered through the Ministry of Civil Affairs. CRCF is ranked as 5A, the top rank, non-profit organizations in China. CRCF sticks to the 7 fundamental principles of the Red Cross and Red Crescent Movement: humanity, impartiality, neutrality, independence, voluntary service, unity and universality. CRCF carries forward the Red Cross spirit of humanity, love and dedication, and commits itself to improving the situation of human living and development, protection of human life and health, and promoting world peace and social progress.

CRCF projects, with "Red Cross Angel Program" as the core, range over health interventions, disaster relief, education and community support.

中国红十字基金会
地址：北京市东城区东单北大街干面胡同 53 号
邮编：100010
www.crcf.org.cn