附件1-2

**中国海洋大学工会会员爱心基金救助申请表（离退休）**

编号： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 原单位 |  | | 申请人姓名 | |  | | | 性别 | |  |
| 工资号 |  | 身份证号 |  | | | | 手机号码 | |  | |
| 申请补助类型 | 口1.本人首次确诊患重大疾病  口2.本人患重病或遭受重大意外伤害，年内治疗导致家庭生活特别困难  口3.本人因突发性意外事故（如火灾、自然灾害、人身伤害等）造成人身、财产重大损失，导致家庭生活特别困难 | | | | | | | | | |
| 申请  原因 | **注：请根据所选申请补助类型，填写对应申请原因。**  口1.本人于 年 月，经 医院确诊为 病（首次确认患重大疾病病种）。  口2.本人于 年 月，经 医院确诊为 病（病种）。经 治疗/手术，2023年11月11日—2024年10月31日期间，医疗费全额自费部分（医保报销之外）共计 元，家庭负担重。  口3.本人于 年 月，因突发性意外事故 （如火灾、自然灾害、人身伤害等），造成人身、财产损失共计 元，家庭生活特别困难。  申请人签字：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 离退休工作处意见 | 离退休工作处负责人签字：  （盖章）  年 月 日 | | | 校医院意见 | | 校医院负责人签字：  （盖章）  年 月 日 | | | | |
| 爱心基金管理委员会办公室意见 | 经爱心基金管理委员会办公室审核，根据有关规定，建议救助金额： 元。  爱心基金管理委员会办公室负责人签字：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 爱心基金管理委员会意见 | 经爱心基金管理委员会研究决定，同意对教职工进行救助。  救助金额： 元。  爱心基金管理委员会负责人签字：  年 月 日 | | | | | | | | | |

备注：1.本表格A4纸正反面打印，可附页；2.如产生医疗费用，请提供医疗费结算单、出院记录、诊断证明等医疗费用及诊断凭证复印件。

|  |
| --- |
| **凭证粘贴处（复印件）：**  中国海洋大学教职工爱心基金管理办法解读  **一、申请救助的条件**  1.本人**首次**确诊患重大疾病[参照《青岛市社会医疗保险办法》（青岛市政府令第235号）及《关于进一步完善社会医疗保险门诊大病管理有关问题的通知》（青医保字（2019）12号）]的可给予1万元救助；  2.本人患重病或遭受重大意外伤害，在基本医疗定点机构纳入正常治疗的住院或特殊病种门诊医疗发生的医疗费**全额自费部分**（依据医保专门机构界定，**不包括**非抢救用白蛋白等血液制品、康复性器具、科研性临床验证性诊疗项目、保健品、出诊费、中药煎药费、取暖费、空调费、生活用品费等）**每年累计超过50,000元**的，根据个人承担医疗费情况给予救助，救助金额2万元——5万元；  3.本人因突发性意外事故（如火灾、自然灾害、人身伤害等）造成人身、财产重大损失，导致家庭生活特别困难的酌情给予救助，救助金额一般情况不超过1万元，特殊情况不超过2万元。  **二、如何提出申请**  在职工会会员、离退休工会会员需分别向所在部门工会和离退休工作处提出申请，须填写《中国海洋大学教职工爱心基金救助申请表》，并按要求提供有关凭证。  **三、救助审批流程**  1.部门工会和离退休工作处分别对申请人材料进行初审并签署意见、加盖所在单位公章；根据相关要求将申请表，医疗费用结算单、发票复印件，确诊病历以及有关特殊情况证明等资料上报爱心基金管委会办公室（校工会）；  2. 爱心基金管委会办公室（校工会）对申请人的申请理由及申报材料进行进一步核实，其中医疗凭证由校医院进行审核。爱心基金管委会办公室（校工会）根据核定的医药费，提出救助的初步意见，报管委会研究决定；  3.爱心基金的审批工作原则上每年进行一次，特殊情况可召开临时会议。救助结果在一定范围内公示。  ——节选自《中国海洋大学教职工爱心基金管理办法（修订）》  咨询电话：66786615 |