北京市慈善协会“药神计划”大病救助慈善援助项目（首期）申请条件和流程

一、救助对象

被认定为低保、低收入家庭、特困人员或家庭遭遇重大变故特殊困难，且享受北京医保政策，服用肝癌晚期口服靶向药适应症的癌症患者或服用科跃奇的血友病患者（使用上述药类治疗并获得明确疗效且没有严重不良反应）。

二、救助标准

符合救助对象条件的肝癌、血友病患者，在医保及商业保险报销及政府社会救助、其他机构救助后，患者全年口服靶向药、科跃奇药费自费部分给予50%救助，原则上全年救助金额不超过15000元，严重困难的可以给予进一步救助。

三、救助申请

（一）申请人认定

1、低保、低收入家庭，特困人员申请救助：

需持有政府认定的《城乡居民最低生活保障金领取证》、《城乡低收入家庭救助证》、《特困人员救助供养证》、《城市居民生活困难补助金领取证》。

2、申请急难型救助：

需符合以下情形：因火灾、交通事故等意外事件，造成家庭财产重大损失或者主要经济来源中断、基本生活暂时出现严重困难的;因突发重大疾病，若不及时治疗将危及生命，且无法获得支持和其他救助的。

1. **申请材料**

1、低保、低收入家庭及特困人员，提供以下申请材料：

提供《城乡居民最低生活保障金领取证》、《城乡低收入家庭救助证》、《特困人员救助供养证》、《城市居民生活困难补助金领取证》之一。

2、急难型申请提供以下相应申请材料：

因火灾、交通事故等意外事件情形，需出具相关行政主管部门或街道、社区的证明；因突发重大疾病，若不及时治疗将危及生命，且无法获得支持和其他救助的，需提供相关医院的证明。

3、申请人均需提供的申请材料：

（1）患者本人有效期内身份证（正反面），未成年患者如无身份证需提供患者本人户口本；

（2）患者疾病诊断证明材料（能明确显示出所患病情）；

（3）患者年度肝癌口服靶向治疗药、科跃奇支出的凭证。

**（三）申请及审核流程**

**1、申请**

**（1）申请时间：2021年1月5日至2021年2月5日**

**（2）申请方式：**

**在北京市慈善协会网站：**http://www.bca.org.cn或**微信公众号（**搜索：“北京市慈善协会”**）上登录“药神计划”提交电子版申请材料。所有申请材料均需要拍照上传，申报阶段不接收纸质材料申请。**

**2、**受理

**北京市慈善协会“药神计划”大病救助慈善援助项目办公室对申请对象提交的材料进行审查，材料齐备的予以受理；材料不齐备的，应一次性告知申请人补齐所有规定材料；不符合条件的不予受理。受理结果通知本人。“药神计划”大病救助慈善援助项目评审委员会**在受理申请后的15个工作日内作出审批决定**。**

3、审批

**北京市慈善协会“药神计划”大病救助慈善援助项目评审委员会负责审批，签署审批意见。**

1. **告知**

**在做出审批决定后3个工作日内，发送短信（邮件）告知申请人，并按程序拨付救助款。**

四、联系人及联系方式

**联系人：“药神计划”大病救助慈善援助项目办公室**

**联系电话：**010-68336183

010-62352313

公众号：北京市慈善协会

网站：http://www.bca.org.cn

**北京市慈善协会“药神计划”大病救助慈善援助导出表**

|  |
| --- |
| 申 请 人 基 本 情 况 |
| 姓 名 |  | 性别 |  |
| 年 龄 |  | 身份证号 |  |
| 邮箱 |  | 电话 |  |
| 家庭住址 |  |
| 困难类型 |  | 所患病种 |  |
| 肝癌晚期口服靶向治疗药或科跃奇总金额（元） |  | 肝癌晚期口服靶向治疗药或科跃奇个人自付金额（元） |  |
| 是否获得商业保险报销、政府社会救助及其他救助 |  | 报销、救助单位及金额 |  |
| 户名及开户行 |  | 银行卡号 |  |
| 患者困难陈述 |   患者签字：  |

备注：表格不得留空，没有填“无”。银行卡如不是申请人，需要提供与申请人关系的凭证。

**北京市慈善协会“药神计划”大病救助慈善援助项目患者承诺书**

**北京市慈善协会：**

**我知晓自身病情，自愿按程序申请药神计划项目。我已全部知晓《北京市慈善协会“药神计划”大病救助慈善援助项目（首期）申请条件和流程》的全部内容，并完全接受其中的各项规定。**

**我承诺本人家庭经济困难，无法承担购药费用，提供的全部材料均真实准确，愿意将个人信息提供至第三方用于调查核实及审计抽查。**

**我将严格遵守项目的各项规定，愿意承担不实申报或违反项目规定导致的包括但不限于申请得不到批准或返还救助款等全部后果。**

**3、我在此郑重申明，如因本人或本人亲属任何言行对北京市慈善协会、北京市慈善协会“药神计划”大病救助慈善援助项目造成损失，我将承担相应责任。**

**4、我亦知晓并同意本人仅可在北京医保报销的购药金额范围内申请相应资助款，同时，亦理解并同意北京市慈善协会有权基于内部管理以及项目调整等原因提前终止本项目及相应捐赠事项。**

 **患者本人签字：**

 **日期：**