附件1

|  |  |
| --- | --- |
| 浙江省青少年发展基金会 | 脱贫攻坚助医行动金额分配表 |
| 湖北省青少年发展基金会 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **市州** | **贫困县数（个）** | **资助金额（万元）** | **备注** |
| 1 | 武汉 | 0 | 2 |  |
| 2 | 黄石 | 1 | 6 | 浙江抗疫对口支援 |
| 3 | 十堰 | 8 | 18 |  |
| 4 | 襄阳 | 3 | 8 |  |
| 5 | 宜昌 | 5 | 12 |  |
| 6 | 荆州 | 0 | 2 |  |
| 7 | 荆门 | 0 | 2 |  |
| 8 | 鄂州 | 0 | 2 |  |
| 9 | 孝感 | 2 | 6 |  |
| 10 | 咸宁 | 3 | 8 |  |
| 11 | 黄冈 | 6 | 14 |  |
| 12 | 随州 | 0 | 2 |  |
| 13 | 恩施 | 8 | 23 | 浙江东西协作对口支援 |
| 14 | 仙桃 | 0 | 2 |  |
| 15 | 潜江 | 0 | 2 |  |
| 16 | 天门 | 0 | 2 |  |
| 17 | 神农架 | 1 | 4 |  |
| 18 | 机动 |  | 5 |  |
| **合计** | | **37** | **120** |  |

分配说明：1.每个贫困县按照2万元/县分配；

2.每个市州/直管市/林区按照2万元/市分配；

3.浙江东西部协作对口支援恩施州分配5万元；

4.浙江抗疫行动对口支援黄石市分配2万元；

5.机动资金5万元。

附件2

脱贫攻坚助医行动实施地团委联系方式

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **市（州、林区）** | **座机** |
| 1 | 武汉市 | 027-85499902 |
| 2 | 黄石市 | 07146352615 |
| 3 | 十堰市 | 0719-8695889 |
| 4 | 襄阳市 | 0710-3575972 |
| 5 | 宜昌市 | 0717-6252694 |
| 6 | 荆州市 | 0716-8811701 |
| 7 | 荆门市 | 0724-2372193 |
| 8 | 鄂州市 | 0711-3830426 |
| 9 | 孝感市 | 0712-2280226 |
| 10 | 咸宁市 | 0715-8125913 |
| 11 | 黄冈市 | 0713-8668027 |
| 12 | 随州市 | 0722-3593186 |
| 13 | 恩施州 | 0718-8989296 |
| 14 | 仙桃市 | O728-3491018 |
| 15 | 潜江市 | 0728-6243471 |
| 16 | 天门市 | 0728-5227277 |
| 17 | 神农架林区 | 0719-3332420 |

附件3

|  |  |
| --- | --- |
| 浙江省青少年发展基金会 | 脱贫攻坚助医行动申请表 |
| 湖北省青少年发展基金会 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 青少年姓名 |  | | 出生年月 | | | |  | | | | 性别 |  |
| 疾病名称 |  | | | | | | | | | | | |
| 住院费用总额 |  | | 个人自理、自负、自负费用 | | | | | | | | |  |
| 监护人姓名 |  | | 手机 | |  | | | | 与患者关系 | | |  |
| 工作单位 |  | | | | | | | 单位电话 | | | |  |
| 家庭地址 |  | | | | | | | 社区、村委会电话 | | | |  |
| 银行账户信息 | 户名 | （须为监护人或患儿本人开户） | | | | | | | | | | |
| 开户银行  （具体至支行） | | |  | | | | | | | | |
| 银行账号（卡号） | | |  | | | | | | | | |
| 患儿病情及  家庭情况  （可另附页） |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 县扶贫主管部门确认盖章 | (公 章)  年 月 日 | | | | | 所在地团委确认盖章 | | | | (公 章)  年 月 日 | | |
| 实施地青基会  终审盖章确认 | 经审核，决定资助人民币 元（大写），  ￥ 元（小写）。  （公 章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | |

**备注：1.申请表提供的信息必须真实准确。**

**2.申请表一式2份，湖北省青基会和浙江省青基会各留一份**

附件4

|  |  |
| --- | --- |
| 浙江省青少年发展基金会 | **脱贫攻坚助医行动受助青少年汇总表** |
| 湖北省青少年发展基金会 |

实施地市级团委(盖章):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 市州 | 县市区 | 姓名 | 性别 | 出生  年月 | 疾病 | 就诊医院 | 就诊自费金额（元） | 户名 | 开户行  （精确到支行） | 账号 | 拟资助金额 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 | | | | | |  | | |  |  |  |  |

填表人： 填表时间：

说明：1.就诊自费金额以医院就诊自费部分发票为准；

2.打款账户须为患病青少年本人或监护人账户，监护人姓名须与申请表上一致；

3.拟资助金额由湖北省青基会审核后根据资助标准确定。

附件5

|  |  |
| --- | --- |
| 浙江省青少年发展基金会 | 助力脱贫攻坚助医行动受益人  满意度调查表 |
| 湖北省青少年发展基金会 |

被调查者姓名： （受助青少年姓名： ）

手机号码：

1、您对青基会（或所在地团委）工作人员的服务效率和服务态度是否满意? （ ）

　　 A 满意　　　B较满意　　　C一般 D不满意

2、您对受助申请过程中，各环节的审批故障是否满意？ （ ）

　　 A 满意　　　B较满意　　　C一般 D不满意

3、您对受助申请过程中，等候审核通过的时间满意吗？ （ ）

　　 A 满意　　　B较满意　　　C一般 D不满意

4、您对此次资助标准额度是否满意？ （ ）

　　 A 满意　　　B较满意　　　C一般 D不满意

5、您对项目总体满意度评价？ （ ）

　　 A 满意　　　B较满意　　　C一般 D不满意

6、您对助力脱贫攻坚医疗救助项目有何意见和建议：

调查经办人： 调查日期： 年 月