中国防痨协会

中防痨发［2019］84号

中国防痨协会关于发布2019年中国防痨公益基金结核病贫困救助“双千行动”项目救助申报和报送项目总结报告的通知

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、各有关结核病定点医院：

2016年，中国防痨协会建立了《中国防痨公益基金》，与复星医药集团及旗下沈阳红旗制药有限公司共同发起成立了《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），3年来，该项目在全国各省各有关单位的大力支持下，按照项目要求对贫困结核病患者进行了推荐上报和救助经费的发放工作，解决了贫困患者的燃眉之急，产生了极大的社会影响。

为了进一步做好2019年“双千行动”项目贫困肺结核患者救助工作，总结项目实施成效，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；“建档立卡”贫困户肺结核患者；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

本次申报中对每位贫困肺结核患者救助经费为1000元。

三、申报救助人数

1.各省（直辖市、自治区）为单位，每省（直辖市、自治区）救助贫困肺结核患者人数为30人。

2. 部分结核病定点医院可向“双千行动”项目经费资助单位-沈阳红旗制药有限公司申报，全国救助总人数为100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；

（二）本年度仍旧通过“双千行动”项目申报管理系统申报。系统可在中国防痨协会官方网站(http://www.cata1933.cn)点击“双千行动”图标进入，也可输入网址http://npf.cata1933.cn进入。系统用户操作手册详见附件2，也可登录系统后在系统中【操作手册】功能菜单下查看；

（三）本系统使用的用户是各省（直辖市、自治区）防痨协会或中国防痨联合体成员单位中省级疾病预防控制中心；部分结

核病定点医院向沈阳红旗制药有限公司申报救助的患者，医院应将《结核病贫困救助“双千行动”项目申报表》（见附件1）填好后交至沈阳红旗制药有限公司，并由其相关人员登录申报。

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》（附件1）。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）省（直辖市、自治区）防痨协会或疾控中心组织审核确定贫困肺结核患者救助名单，签字盖章后，将申报表的数据录入到申报管理系统中，并于10月31日前上传申报表纸质版的扫描件；

（五）中国防痨协会秘书处通过“双千行动”项目申报管理系统负责申报表的形式审查，由《中国防痨公益基金管理办法》结核病贫困救助“双千行动”项目管理工作组负责审定。

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）各省收到拨款后3个月内，将加盖公章后的“双千行动”项目经费拨付反馈表扫描件上传至“双千行动”项目申报管理系统。

七、项目总结报告

（一）请各单位认真梳理总结项目实施取得的成效，撰写结核病贫困救助“双千行动”项目总结报告，报告框架见附件2。

（二）报送时间和方式：请于2019年10月31日前，通过邮件报送；报送主题请注明：“双千行动”项目+报送单位。

八、联系方式

中国防痨协会秘书处：庞　丹 13810851183

办公室：010-65257475

电子邮箱：cata_1933@126.com

通信地址：北京市东城区东四西大街42号，邮编100010

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”项目总结报告框架

中国防痨协会

2019年9月10日

附件 1

结核病贫困救助“双千行动”项目申报表

_____省_____市_____县　　申报编号：_____

<table>
<tr><td colspan="5">一、基本情况</td></tr>
<tr><td>姓名</td><td colspan="2"></td><td>性别</td><td>男</td><td>女</td></tr>
<tr><td>年龄</td><td colspan="2">（岁）</td><td>职业</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>婚姻状况</td><td>未婚</td><td colspan="2">已婚（初婚、再婚和复婚）</td><td>离异</td><td>丧偶</td></tr>
<tr><td>身份证号码</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>家庭人口数</td><td colspan="2">（人）</td><td colspan="2">上年家庭总收入</td><td>（元）</td></tr>
<tr><td>本人联系方式</td><td colspan="5">手机：　　家庭电话：</td></tr>
<tr><td>家庭成员联系方式</td><td colspan="5">手机：　　家庭电话：</td></tr>
<tr><td>家庭住址</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>邮政编码</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>本人签名
（或家庭成员签名）</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="6">二、申请救助理由（至少勾选一个选项）</td></tr>
<tr><td colspan="6">□1、符合当地民政部门的贫困家庭标准的患者</td></tr>
<tr><td colspan="6">□2、县级疾控（定点医疗机构）调查确定为贫困家庭患者</td></tr>
<tr><td colspan="6">□3、其他原因的贫困肺结核患者（具体情况描述）：</td></tr>
<tr><td colspan="6">三、申请救助经费（大写：　　元人民币）</td></tr>
<tr><td colspan="6">调查员（推荐人）签名：　　时 间：　　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="6">四、推荐审核意见</td></tr>
<tr><td colspan="6">县疾病预防控制中心（定点医疗机构）意见：

盖　章
审核人：
时 间：　　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="6">中国防痨联合体成员单位中省防痨协会或省疾病预防控制中心，或者项目经费捐赠单位或者“双千行动”项目工作组意见：

盖　章</td></tr>
</table>

审核人：
时 间：　　年　　月　　日

填表说明：

1、申报编号为 12 位阿利伯数字，由项目申请年度（2 位）+ 县级行政区划代码（6 位）+ 序列号（4 位）组成，由中国防痨协会联合体成员单位中的省级防痨协会或疾控中心在录入《中国防痨公益基金-结核病贫困救助“双千行动”管理系统》中自动生成并在纸质表中补充完整。

附件 2

结核病贫困救助“双千行动”项目
总结报告框架

报送单位：_____

文字材料 （3000 字）	**项目实施概况**
	项目实施效果
	典型故事
图片材料 （4-6 张）	每张照片请提供 jpg 格式，不小于 2MB，并用时间+地点+事件名称作为照片名；请照片附于表后，同时将原图报送至指定邮箱。
视频资料 **（若干）**	请视频资料发送至指定邮箱

联系人：_____　　手机：_____

备注：表格尺寸可根据需要进行调整