

威海市残疾人联合会文件 威海市卫生健康委员会文件

威残联〔2024〕10号

关于开展2024年“威高光明行动”的通知

各区市残联、卫生健康局，国家级开发区社会工作部、卫生健康管理部门，市直有关医院：

为贯彻落实《山东省残疾预防和残疾人康复条例》，做好我市防盲治盲工作，减少因疾病导致的残疾发生，市残联和市卫生健康委确定继续使用威高集团捐款，开展2024年“威高光明行动”。现将有关事项通知如下：

一、任务目标

使用威高集团捐款，计划对1468例符合条件的白内障患者复明手术进行补助（分配计划见附件1）。补助资金分别按1500元/例（困难患者）和1000元/例（其他患者）拨付区市（开发区）残联，各区市（开发区）残联可根据实际情况在所分配指标

的资金总量内，调整两类患者的补助计划。

二、补助对象

持威海市常住户口，享受我市居民基本医疗保险，在威海市域内医疗机构实施白内障复明手术的患者。

三、补助标准

1. 低保对象、特困人员；脱贫享受政策户（含防止返贫监测帮扶对象）中的患者的医疗费经基本医疗保险、大病保险、医疗机构减免、医疗救助、特惠险等补偿后，个人自负部分每例最高补助 1500 元，不足 1500 元的按个人实际支付金额给予补助。

2. 其他患者医疗费经基本医疗保险、大病保险、医疗机构减免、医疗救助等补偿后，个人自负部分每例最高补助 1000 元，不足 1000 元的按个人实际支付金额给予补助。

每名患者年度内只给予单眼补助，补助顺序以到残联登记的时间先后为准，补助资金总量不超过威高集团当年捐款 150 万元。

四、工作流程

1. 患者向户口所在镇（街道）残联提出申请，确定符合条件登记成功后，2 个月内持户口簿、医疗收费票据、威海市城镇居民医疗保险统筹费用结算单、费用明细和患者本人银行卡到户口所在镇（街道）残联填写《“威高光明行动”补助申请表》（附件 2），逾期需重新申请，如补助名额已满不予补助。

2. 镇（街道）残联将《“威高光明行动”补助申请表》（附件 2）报区市（开发区）残联审核登记；各区市（开发区）残联将患者录入《2024 年度“威高光明行动”补助汇总表》（附件 3、

附件4)，并于12月25日前，将汇总表和《2024年度“威高光明行动”补助资金申请表》（附件5）报市残联申请补助资金。

3. 威高集团捐款到位后，市残联将补助资金拨付区市（开发区）残联，由区市（开发区）残联拨付患者银行账户。

五、工作要求

1. 各区市（开发区）残联可根据实际情况，按照方便患者的原则制定具体实施方案，优化工作流程。要做好有手术需求的白内障患者登记，加强补助对象资格审核工作，保证专款专用，并将持《残疾人证》的患者实施手术情况补录入精准康复服务管理系统。

2. 每季度末各区市（开发区）残联将工作进度报市残联，市直指标将根据患者需求和手术完成进度适时进行再次分配。

本年度“威高光明行动”实施时间自发文之日起至12月20日结束。

- 附件：
1. 2024年度“威高光明行动”手术任务分配表
 2. “威高光明行动”补助申请表
 3. 2024年度“威高光明行动”汇总表（困难患者）
 4. 2024年度“威高光明行动”汇总表（其他患者）
 5. 2024年度“威高光明行动”补助资金申请表



附件 1

2024 年度“威高光明行动”手术任务 分配表

| 区市 | 困难患者 (每例 1500 元) | | 其他患者 (每例 1000 元) | | 合计 | |
|-----|---------------------|------------|---------------------|------------|------|------------|
| | 例数 | 资金 (万元) | 例数 | 资金 (万元) | 例数 | 资金 (万元) |
| 环翠区 | 4 | 0.6 | 129 | 12.9 | 133 | 13.5 |
| 文登区 | 8 | 1.2 | 379 | 37.9 | 387 | 39.1 |
| 荣成市 | 9 | 1.35 | 472 | 47.2 | 481 | 48.55 |
| 乳山市 | 8 | 1.2 | 232 | 23.2 | 240 | 24.4 |
| 高 区 | 6 | 0.9 | 85 | 8.5 | 91 | 9.4 |
| 经 区 | 1 | 0.15 | 47 | 4.7 | 48 | 4.85 |
| 临港区 | 4 | 0.6 | 46 | 4.6 | 50 | 5.2 |
| 市 直 | | | 50 | 5 | 50 | 5 |
| 合 计 | 40 | 6 | 1440 | 144 | 1480 | 150 |

附件 2

“威高光明行动” 补助申请表

_____ 区市（开发区） 登记编号： 年度：2024 年

| | | | |
|------------------------------|--|----------|--|
| 姓 名 | | 性别 | |
| 身份证或 残疾证号（残疾人 请填写残疾证号） | | 联系 电话 | |
| 户口簿登记住址 | | | |
| 家庭经济状况 | 1. 低保对象 是 <input type="checkbox"/> 2. 特困人员 是 <input type="checkbox"/> 3. 脱贫享受政策人口或防止返贫监测帮扶对象 是 <input type="checkbox"/> | | |
| 本人银行卡 开户行 | | | |
| 银行账号 | | | |
| 镇级残联 审核意见 | 公章 年 月 日 | | |
| 县级残联 审核意见 | 公章 年 月 日 | | |

此表镇、县级残联各存档 1 份，

附件 5

2024 年度“威高光明行动”补助资金申请表

| 完成任务数（例） | | 申请补助资金数（万元） |
|----------|--|-------------|
| 补助困难患者 | | |
| 补助其他患者 | | |
| 合计 | | |

经核对，确定我区（市）本年度完成“威高光明行动”白内障复明手术_____例，需申请补助资金_____万元。

分管领导签字：_____

_____区市（开发区）残联（公章）

年 月 日