威海市残疾人联合会
威海市卫生健康委员会文件

威残联〔2023〕7号

关于开展2023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、管理办公室，南海新区社会工作部，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2023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;脱贫享受政策人口(含防止返贫监测帮扶对象)群体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、扶贫特惠保险等补偿后,自费部分每例最高补助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,自费部分每例最高补助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。

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《2023年度“威高光明行动”补助汇总表》(附件3、附件4),并于12月5日前,将《汇总表》和《2023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,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)残联上报工作进度,市直指标将根据患者需求情况进行二次分配。

本年度“威高光明行动”实施时间自本通知印发之日起至11月底结束。

附件:1. 2023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. 2023年度“威高光明行动”汇总表(困难患者)

4. 2023年度“威高光明行动”汇总表(其他患者)

5. 2023年度“威高光明行动”补助资金申请表

威海市残疾人联合会　　威海市卫生健康委员会

2023 年 2 月 28 日

附件 1

2023 年度“威高光明行动”手术任务分配表

区市	困难患者		其他患者		合计	
	例数	资金（万元）	例数	资金（万元）	例数	资金（万元）
环翠区	5	0.75	125	12.5	130	13.25
文登区	21	3.15	330	33	351	36.15
荣成市	24	3.6	460	46	484	49.6
乳山市	10	1.5	230	23	240	24.5
高　区	1	0.15	85	8.5	86	8.65
经　区	1	0.15	45	4.5	46	4.65
临港区	1	0.15	45	4.5	46	4.65
南海新区	1	0.15	40	4	41	4.15
市　直			44	4.4	44	4.4
	64	9.6	1404	140.4	1468	150

附件 2

“威高光明行动”补助申请表

_____市区　　登记编号：　　年度：2023 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□ 2.特困人员　　是□ 3.脱贫享受政策人口或防止返贫监测帮扶对象　　是□		
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 3

2023 年度“威高光明行动”汇总表（困难患者）

_____区市残联（公章）填报人签字: _____ 分管领导签字: _____ 填报时间: _____

序号	姓名	性别	身份证号 （残疾人请填写残疾证号）	家庭住址	联系电话	脱贫享受政策人群	低保对象	特困人员	补助金额（元）

备注：请根据实际情况分别在“脱贫享受政策人口（含防止返贫监测帮扶对象）”或“低保对象”或“特困人员”一栏中划“√”，并在救助金额一栏填上实际救助金额。

附件 4

2023 年度“威高光明行动”汇总表（其他患者）

_____区市残联（公章）填报人签字：_____ 分管领导签字：_____ 填报时间：_____

序号	姓名	性别	身份证号 （残疾人请填写残疾证号）	家庭住址	联系电话	补助金额

附件 5

2023 年度“威高光明行动”补助资金申请表

<table>
<tr><td colspan="2">完成任务数（例）</td><td>申请补助资金数（万元）</td></tr>
<tr><td>补助困难患者</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>补助其他患者</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>合计</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">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</td></tr>
</table>

威海市残疾人联合会办公室　　2023年2月28日印发