

# 共青团陕西省委 陕西省青少年发展基金会

陕团联发〔2025〕8号

---

## 共青团陕西省委 陕西省青少年发展基金会 关于做好 2025 年度陕西“新梦想 心希望” 如新儿童先心病救助公益项目申报的通知

各市（杨凌示范区、韩城市）团委：

为贯彻落实党的二十大、二十届三中全会精神，助力健康中国建设，促进青少年健康成长，发挥希望工程在乡村振兴工作中的积极作用，大力实施希望工程健康守护计划，竭诚为经济欠发达地区困难家庭带来希望。共青团陕西省委、陕西省青少年发展基金会联合中国青少年发展基金会、如新（中国）日用保健品有限公司、空军军医大学西京医院共同启动 2025 年度“新梦想 心

希望”如新儿童先心病救助公益项目（以下简称如新先心病救助项目）。该项目通过“公益资助+合作医院减免+新农合报销+家庭个人自负”的救助模式，帮助医疗资源相对匮乏地区的困难家庭先心病患儿得到救治。现将有关事宜通知如下：

## 一、资助原则

### （一）资助对象

我省及甘肃、宁夏、新疆等医疗资源相对匮乏地区的 0-18 岁家庭经济困难先心病患儿，包含原建档立卡贫困家庭患儿，特困供养患儿，孤儿（含事实孤儿），持证残疾患儿，城市低保家庭或城市低保边缘家庭患儿，低收入农户家庭患儿，因遭受自然灾害、意外事件、重大疾病等突发情况导致家庭经济困难的患儿。其中城镇患儿须为当地有关部门认定的困难家庭或低保家庭，农村患儿须提供经当地村委会或其他有关部门出具的家庭经济困难证明材料，符合上述条件方可申请项目资助。

### （二）资助标准

1. 如新先心病救助项目资助款共计 180 万元，在患儿得到“农村两病儿童”医疗保障或城镇医保或新农合报销后，项目按比例资助患儿家庭自费部分。根据患儿家庭经济状况以及住院总费用等实际情况，按比例进行资助且不得超出自费实际金额。特殊病情，可由患者家庭或合作医院提出申请，报请中国青少年发展基金会审核通过后，进行专项资助。

2. 按申请时间先后顺序受助，每人只能享受一次性资助。

### （三）资助时间

2025 年 3 月至 2026 年 2 月

## 二、申请程序

### （一）基层团委组织申请

1. 患儿监护人在全面了解该项目实施方案的前提下，自愿申请。

2. 患儿监护人到其居住所在地的市、县（区）团委领取《如新儿童先心病救助公益项目受助申请书》（附件 1）（以下简称《申请书》）和《如新儿童先心病救助公益申报审批表》（附件 2）（以下简称《审批表》）。

3. 患儿监护人在充分理解并接受的基础上签署《申请书》，按《审批表》的要求填写各项内容，由当地村/乡委员会盖章以证明患儿及其监护人为此居住地的长期固定居民，且家境困难无力承担手术费用，再由乡镇政府、团县（区）委确认。

4. 市、县（区）团委将患儿的《申请书》及《审批表》等申请资料上报至省青基会审核；该项目也可在患儿接受治疗的同时，前往西京医院心外科项目实施办公室领取资料，进行现场申请。（该项目协议医院为空军大学西京医院，协议医院外就诊的患儿均不能列入资助范围。）

### （二）开展实地义诊

### （三）确定资助名单

以患儿家庭自愿接受资助为原则，各级部门审核后形成《如

新生儿先心病救助公益项目拟资助名单汇总表》，报陕西省青少年发展基金会审核确认。

#### （四）合作医院治疗

经省青基会审核确认，向合作医院发放《如新儿童先心病救助公益项目拟资助名单汇总表》，向患儿监护人发放《如新儿童先心病救助公益项目资助通知书》（附件4），根据合作医院的安排和接纳能力，分批前往合作医院治疗。患儿家庭也可自行前往合作医院进行就诊，收治后按以上内容申请该项目。

#### （五）资助金发放

患儿接受手术治疗出院后，15个工作日内，省青基会按照项目资助标准发放如新儿童先心病救助公益项目资助金；受资助患者家长（法定监护人）签收如新儿童先心病救助公益项目资助金，向省青基会提交《受益对象确认书》（附件5）

### 三、工作要求

1. 高度重视。请各市（杨凌示范区、韩城市）团委要高度重视“健康守护计划”项目。精心部署，牵动基层。

2. 精心组织。各级团委要进行先心病患儿情况调查摸底，做好先心病患儿数量等信息汇总报送工作。要切实做好所在地区受助患儿的甄选、审核、上报工作，严格把关，务必实事求是，严防弄虚作假，确保救助项目落到实处。各地市团委要积极联系当地妇幼保健部门，提前做好先心病患儿及脑病患儿的摸排工作，确保当地的患儿最大程度的享受到如新儿童先心病救助公益项

目的优质资源。

3. 加强宣传。要加强宣传工作力度，综合运用报纸、电视、广播、网络等各种媒体开展立体式宣传，让更多的社会公众了解项目救助范围、申报条件等，努力提高希望工程先心病救助项目的社会知名度、影响力和参与度。

4. 及时上报。基层团委要指导患儿家长（监护人）填写资助申请和准备相关材料，向患者家长强调手术风险，自愿接受手术原则，并签署书面免责承诺书（附件3），及时上报至省青基会。

5. 建立项目数据库。加强困难家庭先心病患儿资料管理，建立省、市、县（区）三级希望工程先心病患儿数据动态管理系统，保障项目数据动态管理系统的运转，为进一步进行延伸助学奠定基础，形成救病助学一体化爱心链条。

各市（杨凌示范区、韩城市）团委，请做好如新儿童先心病救助公益项目患儿申报工作，将符合条件的患儿申请资料纸质版（一式二份）上报至省青基会（团省委希望中心）。

联系人：卢 晨

联系电话：029-88426508

邮 箱：1357130235@qq.com

地 址：西安市红缨路158号团省委希望中心（陕西青基会）

邮 编：710068

附件：1. 如新儿童先心病救助公益项目受助申请书

2. 如新儿童先心病救助公益项目申报审批表
3. 如新儿童先心病救助公益项目家长承诺书
4. 如新儿童先心病救助公益项目资助通知书
5. 如新儿童先心病救助公益项目受益对象确认书
6. 患儿日常生活照片和全家合影照片
7. 家庭困难情况简介
8. 资助款签收单（收条）
9. 项目实施流程
10. 申请表--填表说明



附件 1

## 如新儿童先心病救助公益项目受助申请书

编号：

陕西省青少年发展基金会：

我是        省        市        县        （患儿姓名）的监护人。该儿童患有先天性心脏病， 并已参加新型农村合作医疗□/城镇居民基本医疗保险□（勾选，二选一）。

因家庭经济收入较低，无力承担全部手术费用，现自愿向陕西省青少年发展基金申请如新儿童先心病救助公益项目，以协助完成患儿手术治疗。我已从卫生、民政部门获悉，参加新农合的先心病患儿一般可享受新农合医疗补助费用 40-50%左右，室间隔缺损、房间隔缺损、动脉导管未闭、肺动脉瓣狭窄等四种先心病可以享受 70% 的补助。经过慎重考虑，自愿做出前往合作医院治疗的决定，并愿意承担由此造成的可能不能享受新农合基金补偿和医疗救助基金补偿的风险。

作为监护人，我充分了解先天性心脏病手术作为医疗行为所存在的不确定性及各种风险，并已做好认定手术方案及承担手术风险和后果的准备。我承诺按照项目的有关要求安排被监护人接受术前检查、到定点医院手术治疗。我们知道，陕西省青少年发展基金会只在手术费用上给予我们一定数额的资助，不能承担手术效果、手术安全、手术风险等方面的责任，任何医患之间的法律纠纷将由定点医院和患者家属双方自行解决。同时，我们将积极配合项目的宣传活动，同意陕西青少年发展基金会在报刊、杂志、书籍、电影和电视等各类媒体上，开展公益宣传时无偿使用我的家庭和子女的照片。

监护人：\_\_\_\_\_（签字）

年        月        日

## 附件 2

# 如新儿童先心病救助公益项目申报审批表

编号：

患儿姓名			身份证号			照片
性 别		年 龄		民 族		
入院诊断				治疗方式		
诊断医院				参保方式	新农合/城镇医保	
监护人姓名		与患儿关系			是否原建档 立卡户	
监护人 身份证号				联系电话(必 填两个号码))		
家庭住址					监护人微信号	
家庭上年度收入总计				接受过其他资助情况		
家庭主要财 产和债务 情况	收入主要来源			房产及估值		
	其它项目收入			家电及估值		
	债务情况			交通工具估值		
低保证号 (附复印件)				低收入证明情况 (附证明原件)		
西京医院诊断意见  主管医生 签字： (盖章)  年 月 日		村(居)委会审核意见  审核人 签字： (盖章) 联系方式： 年 月 日		乡镇政府(街道办)审核意见  审核人 签字： (盖章) 联系方式： 年 月 日		
县(区)团委审核意见  审核人： (盖章)  年 月 日		市团委审核意见  审核人： (盖章)  年 月 日		陕西省青少年发展基金会 审核意见 审核人： (盖章)  年 月 日		



### 附件 3

## 如新儿童先心病救助公益项目家长承诺书

陕西省青少年发展基金会：

我是\_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_县（区）\_\_\_\_\_乡（镇）先心病患儿的家长\_\_\_\_\_。该孩子患有先天性心脏病，因家庭经济困难，无力承担全部手术费用，现通过陕西省青少年发展基金会向社会爱心人士及企业申请资助部分手术治疗费用，以协助完成患儿手术治疗。

作为监护人，我们充分了解先天性心脏病手术作为医疗行为所存在的不确定性及各种风险，并已主动认可项目定点医院——空军军医大学西京医院手术方案、承担手术风险及后果的准备。承诺如下：

1. 按照申请资助的要求，患儿接受术前检查，到项目定点医院进行手术治疗。

2. 陕西省青少年发展基金会及我们所在地的团县（市、区）委只是搭建一个平台，帮助找到爱心人士及企业给予我们一定数额的资助，陕西省青少年发展基金会及我们所在地的团县（市、区）委不承担手术效果、手术安全、手术风险等方面的任何责任。

3. 我们知道，患儿去项目定点医院进行的手术治疗是具有风险的，对此我们愿意承担风险责任，任何医患之间的法律纠纷将由项目定点医院和我们患儿家属双方自行解决。

4. 我们同意为帮助宣传该项目，陕西省青少年发展基金会可以在报刊、杂志、书籍、电影和电视等各类媒体上无偿使用我的家庭和子女的图像等资料，并积极配合如新儿童先心病救助公益项目的宣传活动。

以上内容我已认真阅读并认可

监护人：\_\_\_\_\_（签字）

年 月 日

附件 4

## 如新儿童先心病救助公益项目资助通知书

编号：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_（患者监护人）：

你们报来申请如新儿童先心病救助公益项目资助手术治疗的材料已收悉，经我会审核，初步同意\_\_\_\_\_（患者）为如新儿童先心病救助公益项目的对象，有关事项告知如下：

1. 请您收到本通知后 10 天内，携带患者并持户籍证明（身份证/户口本）原件及本通知书到西安市长乐西路 127 号西京医院心脏外科项目实施办公室进行复诊、治疗。

2. 请预先筹足住院医疗费。医院根据情况确定住院医疗费，除患者申请的如新儿童先心病救助公益项目资助部分费用外，其余费用可能仍需患者家庭承担。

3. 如参加新型农村合作医疗保险或城镇居民基本医疗保险的，以及符合享受“农村两病儿童”医疗保障的，入院前务必办妥相关手续，出院后患者监护人凭医院发票报销部分医疗费用。

4. 患者接受手术治疗出院后，在患儿得到“农村两病儿童”医疗保障或城镇保或新农合报销后，15 个工作日，我会将如新儿童先心病救助公益项目资助金发放给患者监护人。

5. 如患者因病情及其他原因不能住院治疗的，视为放弃本次救助机会，将在以后的申请时优先考虑。

6. 如需咨询有关住院手术及治疗费用等事宜，可联系：

西京医院项目实施电话：\_\_\_\_\_18192018073\_\_\_\_\_

患者监护人联系电话：\_\_\_\_\_

陕西省青少年发展基金会

年 月 日

附件 5

# 如新儿童先心病救助公益项目受益对象确认书

患儿姓名		性 别		年 龄	
入院日期		出院日期		治疗方式	手术/介入
治疗医院			病种分类	简单/复杂	
出院诊断					
简述治疗 经过和康复 意见	治疗及康复详细资料可附本页后：  主管医生签字：医院盖章：年 月 日				
总 额	医保报销	医疗救助	其他救助	家庭承担	项目资助
受助家庭感言，可附本页后：  监护人签字：					
提交资料	1. 出院小结、出院诊断；				
	2. 发票和诊治费用清单（复印件，由医院财务科主管签名并加盖财务章）				
备注：					
陕西省青少年发展基金会意见：  负责人（签章）：年 月 日					

附件 6

患儿日常生活照片和全家合影照片

患儿日常生活照片	粘 贴 处
----------	-------

全家合影照片	粘 贴 处
--------	-------

备注：全家合影照片最好是在自家住房前的合影。

## 附件 7

# 家庭困难情况简介

《家庭困难情况简介》部分由患儿的监护人书写，需详细提供家庭的经济收入来源和费用支出情况，并签字。不会写字者可找人代写，但需代笔人签名，患儿家属按手印。建档立卡户请明确标出。此部分内容填写的完整程度，将直接影响审核结果。

一、家庭经济收入来源：

二、支出情况：

三、家庭条件自述（请描述家庭真实情况，例如：家庭几口人、孩子上学、老人抚养、有无外债情况等）：

本人保证以上资料正确无误，如提供虚假信息则自动放弃本次申请。

患儿家属签字（需摁手印）：

代笔人签字（如有代笔人签此处）：

备注：由乡镇政府（街道办）和村（居）委会盖章确认是否属实，并填写办公电话。此页可当困难证明使用，无需再开困难证明。

附件 8

## 资助款项收据

兹证明，本人为\_\_\_\_\_县（区）\_\_\_\_\_乡（镇）患有先天性心脏病之儿童患者\_\_\_\_\_（患者姓名）的法定监护人\_\_\_\_\_（家长姓名），已正式接收陕西省青少年发展基金会如新儿童先心病救助公益项目所提供的资助款项，具体汇款金额为（大写）\_\_\_\_\_。

监护人签名：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

人民币大写数字：零、壹、贰、叁、肆、伍、陆、柒、捌、玖、拾、佰、仟、万、亿、元、角、分、整（正）。

备注：收到汇款后，请认真填写资助款签收单（收条），在监护人处加盖手印，并在收款后一周内把资助款签收单邮寄至陕西青基会。农合报销后，请把报销回执单也邮寄至陕西青基会，建议用顺丰/邮政邮寄。

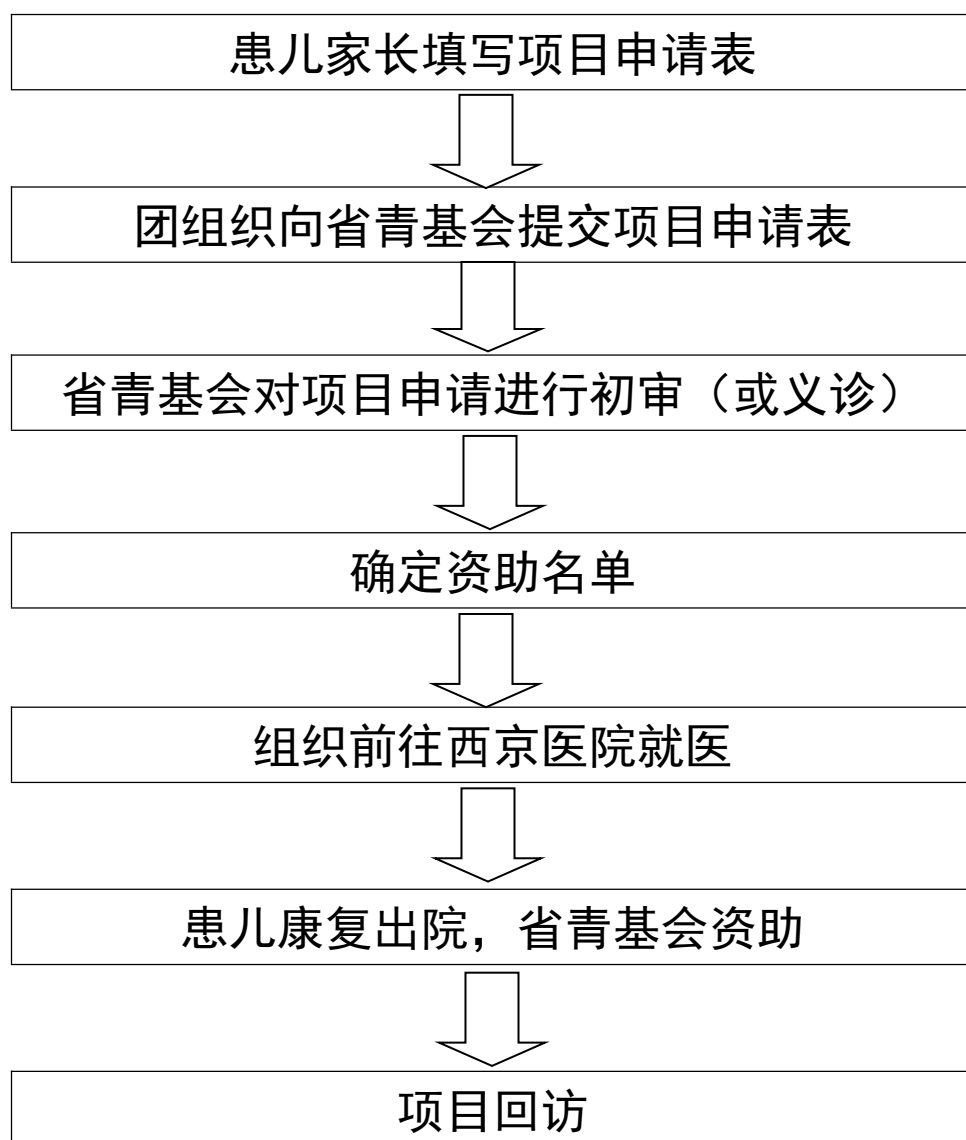
邮寄地址：西安市红缨路 158 号团省委希望中心（陕西青基会）

联系人：卢晨

邮编：710068

电话：029-88426508。

## 项 目 实 施 流 程



## 附件 10

# 申请表——填表说明

(申请表及相关资料上报后不予退回)

附件 1: 请患者家属仔细阅读《项目受助申请书》并在监护人签字(必填监护人姓名)的地方签名并填写实际日期,资助金额不填。

附件 2: 1. 请患者家属仔细阅读《项目申报审批表》,基础资料要如实手写,本页面表格内容每一项均要填写,没有请写“无”。2. 患者 1 寸照片粘贴,联系电话(必需填写两个电话)必需填写清楚;注意:本面资料必须保证正确无误,并愿意承担因虚报而引起的法律责任,签字为证。3. 患者在村委会或居委会、乡(镇)政府或街道办事处审核意见处加盖公章并填写办公电话;属低保家庭方需提供低保证及低保存折复印件。

附件 3: 请患者家属仔细阅读认真填写。

附件 4: 此页由西京医院和陕西青基会填写,患者家属不用填写。

附件 5: 请患者家属在监护人处签名,并提供受助家庭感言或感谢信附本页后。

附件 6: 患者日常生活照片、全家合影(最好在自家住房前的合影)照片各一张,要求照片清楚不能合成。

附件 7: 请患者家属仔细阅读认真填写,由村(居)委会盖章确认是否属实,并填写办公电话。此页可当困难证明使用,无



需再开困难证明。

附件 8: 请患者家属收到项目资助款一周内把资助款签收单邮寄至陕西青基会。农合报销后, 请把报销回执单也邮寄至陕西青基会。

附件 9 和附件 10: 患者家属不用上交。

请按照要求认真填写申请资料, 申请表填写完整后, 需要提供以下 5 种资料(可附在本申请表的最后面, 必须完整, 如不完整申请不予上报审批, 所有附件均要 A4 纸大小):

1. 三个月内心脏 B 超报告复印件;
2. 患者父母双方身份证复印件(身份证正反面都复印);
3. 患者家庭所有成员户口本复印件(包括户口本第一页);  
若患者为未上户口的新生儿, 需提供出生证明复印件;
4. 属低保家庭方需提供低保证及低保存折复印件。
5. 提供患者本人或患者监护人的银行存折或银行卡复印件(银行卡复印件上请写上户名和开户银行信息), 用于救助款拨付。

团省委希望中心(陕西青基会) 邮寄地址及联系方式:

地 址: 西安市红缨路 158 号团省委希望中心(陕西青基会)

联 系 人: 卢 晨

联系电话: 029-88426508

邮 箱: 1357130235@qq.com

邮 编: 710068

西京医院邮寄地址及联系方式(用邮政快递邮寄):

地 址：西安市长乐西路 127 号西京医院心外科项目实施办  
公室

收件人：孟医生

邮 编：710032

电 话：029-83210092（传真）

项目实施办公室咨询电话：18192018073



