**2023年教育系统教职工**

**三年内重大病及家庭特困摸底调查的通知**

教育系统各单位:

为做好“蓝天下的至爱—-2024年元旦春节帮困送温暖”工作，根据《青浦区教育系统帮困送温暖暂行办法》（青教工〔2018〕30号），现对帮困送温暖对象作摸底调查。

通知如下：

**一、调查对象**

教育系统在职教职工、退休教职工，已过世的除外。

**1.三年内重大病**

三年内（2020年9月至2023年8月期间）初次诊断患下列22类重大疾病的：1.恶性肿瘤；2.急性心肌梗塞；3.脑中风后遗症；4.重大器官移植术或造血干细胞移植术；5.冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）；6.终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症）；7.急性、亚急性、中晚期慢性重症肝炎；8.良性脑肿瘤；9.心脏瓣膜手术；10.严重Ⅲ度烧伤；11.重型再生障碍性贫血；12.主动脉手术；13.双耳失聪；14.双目失明；15.因输血导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染；16.因职业关系导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染；17.严重原发性帕金森病；18.严重运动神经元病；19.严重阿尔茨海默病；20.非阿尔茨海默病所致严重痴呆；21.全身性硬皮病；22.心脏瓣膜介入手术。

上述对象填写《2023年青浦区教育系统教职工重大病申报表》（表1），提供患病确诊证明的复印件：病人出院小结、总工会互助保障重大病受理回执单等，**在职教职工自费较大的（自费部分2万以上）**应提供《重大病一年来自费部分明细清单》（表3）及收据复印件，作为向市教育工会大病援助推荐的主要依据。

**2.其他重大病**

患上述重大病超过三年或非上述重大病，近一年来治疗费用**自费部分5万元以上的**。

上述对象填写《2023年青浦区教育系统教职工重大病申报表》（表1），提供患病确诊证明或出院小结、《重大病一年来自费部分明细清单》（表3）及相关大额自费收据的复印件。

**3.家庭突发事件**

**在职教职工家庭**一年内发生重大事件导致家庭经济严重困难的。

上述对象填写《2023年青浦区教育系统帮困救助申请表》（表2），提供相关部门出具的重大事件的相关证明材料。

**4.家庭特困**

家庭人均月收入低于或相当于当年度政府发布的低保标准的**在职教职工。**

上述对象填写《2023年青浦区教育系统帮困救助申请表》（表2），提供相关部门出具的低保家庭证明材料。

**二、工作要求**

1.按本单位《帮困送温暖实施办法》制定当年的帮困送温暖方案，超过三年仍在治疗的重大病原则上由学校层面解决。区教育局帮困补助方案公布后，各校应上报“青教送温暖基金”校级补助的人员名单，一般情况下基层单位和区教育局不重复补助。今年9月1日以后确诊的重大病，当年度由学校给予适当补助，下一年度再报区教育局补助。

2.所有单位于11月10日之前在线填报并上传《重大病申报表》或《帮困救助申请表》以及《重大病或特困汇总表》，**没有申报的单位须填报《重大病或特困汇总表》零报告**。

3.以上表格纸质稿包括零报告于11月10日之前加盖单位（学校）公章后送交区教育工会。

4、在线填报网址：<https://jinshuju.net/f/RGilvP>或登录青浦教育工会网首页通告栏。

（各类附表见后）

区教育工会、教育基金会、退管会

2023年10月28日

**2023年青浦区教育系统教职工重大病申报表**（表1）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **工作单位** | | |  | | | | | | | | **职务** | | | | |  | | | **身份证号码** | | | | |  | | | |
| **姓　　名** | | |  | | | | | | | | | **性别** | |  | | | **年龄** | |  | | | **手机** | | | |  | |
| **技术职称** | | | |  | | | | | **家庭地址** | | | |  | | | | | | | | | **电话** | | | |  | |
| **家庭成员情况** | **姓　名** | | | | | **年龄** | | | | **称谓** | | | **工　作　单　位** | | | | | | | | | | | | **月工资收入** | | |
|  | | | | |  | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | |  | | |
| **患病情**  **况** | **初发病时间** | | | | **年 月** | | | | | | | | | | **详细注明患何种大病** | | | | | |  | | | | | | |
| **何种治疗方案括号内打勾** | | | | **手术（）；放化疗（）；药物治疗（）；血液透析（）；其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_；**  **换器官：\_\_\_\_\_\_年已换\_\_\_\_\_\_\_（）、 等待\_\_\_\_\_配对（）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **复发病时间** | | | | **年 月** | | | | | | | | | | **目前病情** | | | **病危（）;转移（）;恶化（）; 稳定（）** | | | | | | | | | |
| **目前状况** | | | | **住院（）;全休（）;半休（）;长病假（）;**  **照顾上班（）；正常上班（）。** | | | | | | | | | | | | | | | **是否晚期** | | | **是（）;否（）;不详（）** | | | | |
| **治疗费用** | | | | **当年自费 元; 发病起已累计自费 元** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **其他困难** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **该职工是否获得过各级有关部门援助（合计数）** | | | | | | | | **工作单位： 元;区教育局： 元;市教育工会： 年 元;**  **其他部门：** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **单位意见** | **（单位公章）**  **单位负责人签名**  **年　　月　　日** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **应提供复印**  **资料证明** | | | | | | | **1、重大病诊断证明或出院小结、区总工会重大病受理回执（复印件）**  **2、请提供一年内自费部分明细清单** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注：1、调查对象1、2填写本表。  2、本表一式二份，一份交教育工会，一份学校留存。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2023年青浦区教育系统帮困救助申请表**（表2） | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  |  | |  | | | | |
| **姓名** |  | | | | **性别** |  | | **出生年月** | | |  | |
| **家庭地址** |  | | | | | | | **家庭电话** | | |  | |
| **教育工龄** |  | | | | **学 科** |  | | **职 称** | | |  | |
| **政治面貌** |  | | | | **文化程度** |  | | **家庭月人均收入** | | |  | |
| **单位名称** |  | | | | **工会主席** |  | | **联系电话** | | |  | |
| **在业情况（上班、病假）** | | | | | |  | | | | | | |
| **本人月收入** |  | | | **家庭月总收入** | |  | | **基层单位当年补助金额** | | |  | |
| **家庭成员情况** | **姓名** | | | **出生年月** | | **称谓** | | **工作单位** | | | **月收入** | |
|  | | |  | |  | |  | | |  | |
|  | | |  | |  | |  | | |  | |
|  | | |  | |  | |  | | |  | |
| **困难情况** |  |  | | | | |  | |  | | |  |
| **单位意见** | **（单位公章）** | | | | | | | | | | | |
| **单位负责人签名** | | | | | | | | |  |  | |
|  | | | | | | | | | **年 月 日** | | |
| **备注** |  | | **请提供相关部门出具的重大事件的相关证明材料或低保家庭证明材料。** | | | | | | | | | |
| 注：1、调查对象3、4填写本表。  2、本表一式二份，一份交教育工会，一份学校留存。 | | | | | | | | | | | | |

**重大病一年来自费部分清单**（表3）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | |  | | | **所在单位** | |  |
| **重大病名称及确诊时间** | | |  | | | | |
| **治疗费用中自费部分**  **自发病到今已累计数（万元）** | | |  | | | | |
| **2022年9月1日至2023年8月31日较大额自费清单** | | | | | | | |
| **序号** | **费用名称** | | | **金额（元）** | | **备注** | |
|  |  | | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |
| **一年来自费部分合计** | | | |  | |  | |

请附部分大额自费部分收据的复印件。

注：本表一式二份，一份交教育工会，一份学校留存。

**2023年重大病或家庭特困调查汇总表**（表4）

**单位（学校）盖章： 联系人： 联系电话：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **单位**  **简称** | **姓名** | **性别** | **出生年月** | **是否退休** | **帮困类型** | **重大病名称** | **初次确诊年月** | **本病第几次向教育局申报** | **2022.9.1至2023.8.31**  **一年内自费总额**  **（万元）** | **自发病起至2023.8.31**  **自费累计总额**  **（万元）** | **是否有区总工会重大病回执** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：本表一式二份，一份交区教育工会，一份学校留存。