

河北省退役军人事务厅办公室文件

冀退役军人办发〔2023〕7号

关于印发《河北省 2023 年度困难退役军人和 “三属”髌膝关节手术资助项目实施方案》的 通 知

各市（含定州、辛集市）、县（市、区）退役军人事务局，
雄安新区管委会公共服务局，各关爱退役军人基金会：

《河北省 2023 年度困难退役军人和“三属”髌膝关节手术资助项目实施方案》已经厅领导同意，现印发给你们，请认真抓好贯彻落实。

河北省退役军人事务厅办公室

2023年公座21日

河北省 2023 年度困难退役军人和“三属” 髌膝关节手术资助项目实施方案

为深入学习贯彻习近平总书记关于退役军人工作重要论述，认真贯彻落实省委、省政府关于退役军人工作决策部署，减轻身患髌膝关节疾病退役军人的家庭负担，体现党和政府对退役军人的关心关爱，经研究决定，在全省范围内开展 2023 年度困难退役军人和“三属”髌膝关节手术资助项目。具体实施方案如下。

一、项目名称

河北省 2023 年度困难退役军人和“三属”髌膝关节手术资助项目

二、实施单位

河北省关爱退役军人基金会、河北省慈善总会、河北省优抚医院

三、开展时间和资助名额

2023 年 4 月 25 日启动，11 月 30 日结束，资助名额为 80 名。资助名额满 80 名或到结束日期项目自动终止。

四、资助对象和范围

户籍在我省的退役军人和领取定期抚恤补助的“三属”

（烈士遗属、因公牺牲军人遗属、病故军人遗属）中，家庭生活困难需进行髌膝关节手术的人员。资助对象需现为低保、特困供养对象或至少享受过一次医疗救助、临时救助、工会救助、慈善救助等其他社会救助（具体清单附后）。

有河北省退役军人事务厅等 5 部门《关于加强困难退役军人帮扶援助工作的实施意见》（冀退役军人事务厅〔2019〕18 号）中规定的不予帮扶援助情形，以及自项目启动之日起 12 个月内因同一事由已享受过当地退役军人关爱基金资助的，不在本项目资助范围。

五、资助标准

对符合资助条件的困难退役军人和领取定期抚恤补助的“三属”，经省优抚医院治疗后，由省优抚医院对医保报销后个人自费部分给予 500 元减免，由省慈善总会给予 500 元资助，出院后由省关爱退役军人基金会再次给予资助。具体标准为：

（一）对医保报销、省慈善总会资助、省优抚医院减免后个人自费部分在 8000 元（含）以下的，省关爱退役军人基金会对个人自费部分予以全额资助；

（二）对医保报销、省慈善总会资助、省优抚医院减免后个人自费部分在 8000 元以上的，省关爱退役军人基金会给予 8000 元资助。

申请人出院时，需对省慈善总会资助、省优抚医院减免后个人自费部分予以结算。关爱退役军人基金会资助金待申请人出院后，由省关爱退役军人基金会拨付并委托当地县（市、区）关爱退役军人基金会发放给申请人本人。

六、申请程序

（一）个人申请。本人自愿向户籍所在地村（社区）退役军人服务站提出书面申请。本人因身体不便不能提出申请的，其监护人、家属可代为申请。

申请人应如实填写、提交以下申请材料：

（1）河北省 2023 年度困难退役军人和“三属”髋膝关节手术资助申请表；

（2）近半年内髋、膝关节 X 光片；

（3）身份证、户口簿复印件；

（4）《优待证》或《退伍证》复印件；

（5）书面声明（家庭收入和家庭经济状况、困难情况、享受社会资助政策情况）；

（6）享受社会救助政策相关证明材料复印件；

村（社区）退役军人服务站应一次性告知或协助申请人如实填写、提交相关申请材料。有打印复印条件的，应免费为申请人提供打印复印服务。村（社区）退役军人服务站收齐申请材料后，应在 5 个工作日内将申请材料上报乡（镇、

街道) 退役军人服务站审核。

(二) 乡(镇、街道) 审核。乡(镇、街道) 退役军人服务站接到申请材料后, 于5个工作日内完成对申请人家庭状况、困难情况、享受其他社会救助等情况的调查核实, 提出审核意见。对审核通过的, 由乡(镇、街道) 退役军人服务站将申请人近半年内髌关节或膝关节 X 光片(注明申请人姓名、联系电话) 直接邮寄至省关爱退役军人基金会, 邮寄地址: 石家庄市新华区合作路 35 号省关爱退役军人基金会, 联系人: 陈倩, 0311—66906965。同时, 将《河北省 2023 年度困难退役军人和“三属”髌膝关节手术资助项目收治条件筛查信息汇总表》报县级关爱退役军人基金会汇总, 由县(市、区) 关爱退役军人基金会发送至省关爱退役军人基金会邮箱 hbjjh66906965@163.com。

(三) 收治预审。省关爱退役军人基金会将申请人髌关节或膝关节 X 光片和《河北省 2023 年度困难退役军人和“三属”髌膝关节手术资助项目收治条件筛查信息汇总表》转送至省优抚医院。省优抚医院组织专家对申请人髌关节或膝关节 X 光片进行分析筛查, 通过电话访问或预约就诊等方式与申请人核实相关情况, 作出是否符合收治条件结论。对符合收治条件的, 由省优抚医院作出收治结论, 并向省关爱退役军人基金会反馈; 对不符合收治条件的, 由省优抚医

院书面反馈省关爱退役军人基金会，并电话向申请人说明原因。

（四）县（市、区）审批。乡（镇、街道）退役军人服务站收到省关爱退役军人基金会反馈后，将符合收治条件的申请人信息在申请人所在村（社区）公示 5 天，公示无异议后将申请表及所需材料上报县（市、区）关爱退役军人基金会审批。县（市、区）关爱退役军人基金会根据乡（镇、街道）退役军人服务站上报的申请材料、审核意见和公示情况，按程序予以审批，并将审批后的申请人申请材料（PDF 扫描版）和《河北省 2023 年度困难退役军人和“三属”髌膝关节手术资助项目符合资助条件人员汇总表》，于每周三 17:00 前发送至省关爱退役军人基金会邮箱 hbjjh66906965@163.com。

（五）住院治疗。省优抚医院根据省关爱退役军人基金会提供的《河北省 2023 年度困难退役军人和“三属”髌膝关节手术资助项目符合资助条件人员汇总表》安排住院时间。申请人可享受优先入院治疗、优先术前检查、优先进行手术、一对一术后康复指导及出院后定期随访等优待服务。

（六）开展资助。经治疗出院后，由省优抚医院将申请人出院结算信息反馈至省关爱退役军人基金会。省关爱退役军人基金会根据本方案规定的资助金额，委托申请人所在县（市、区）关爱退役军人基金会，通过银行转账方式 5 日内将

资助金发放至申请人本人。

七、保障措施

（一）强化责任，认真组织。各级退役军人事务部门要提高思想认识，扎实推进困难退役军人髌膝关节手术资助项目实施，全面加强对关爱退役军人基金会、乡村两级退役军人服务站的工作指导，督促有关单位认真做好项目宣传、申请受理、问题咨询、情况核实、审核审批等工作，真正把好事办好，办实事。

（二）密切配合，通力协作。省关爱退役军人基金会、省慈善总会、省优抚医院要加强沟通交流，密切协作配合，认真梳理各环节、各流程注意事项，确保收治、资助等流程顺畅、高效。

（三）积极宣传，营造氛围。各地、各相关单位要积极宣传引导，充分利用电视、报纸、官网、微信公众号、政务公开栏、微信群等形式，及时发布项目信息，让广大退役军人和社会各界知晓项目内容，努力营造关心关爱、尊重优待退役军人的浓厚氛围。

（四）严格把关，用心帮扶。乡村两级退役军人服务站要强化服务意识，认真做好申请受理、情况核实、审核把关等相关工作。各县（市、区）关爱退役军人基金会在确定帮扶援助对象时，要认真审核相关材料，严防优亲厚友、弄虚作假

假等问题发生。发放帮扶资金时，要主动登门入户，杜绝“只汇钱不见面”“一汇了之”等现象，真正做到既解决实际困难，又拉近感情距离。

- 附表：1. 河北省 2023 年度困难退役军人和“三属”髋膝关节手术资助申请表
2. 河北省 2023 年度困难退役军人和“三属”髋膝关节手术资助项目收治条件筛查信息汇总表
3. 河北省 2023 年度困难退役军人和“三属”髋膝关节手术资助项目符合资助条件人员汇总表
4. 社会救助类型清单

附表 1

河北省 2023 年度困难退役军人和“三属”
髌膝关节手术资助项目申请表

姓名		性别		出生年月		一寸免冠照片	
民族		籍贯		入伍地			
入伍年月		退伍年月		身份类别			
联系方式			身份证号				
户籍所在地							
本人年收入		家庭年收入		已享受社会救助类型		社会救助时间	
家庭主要成员	姓名	与申请人关系	年龄	工作单位或主要收入来源			
个人申请理由	申请人（或其监护人、家属）签字： 年 月 日						

村（社区）退役军人服务站 初审意见	（盖章） 经办人签字： 年 月 日
乡（镇、街道） 退役军人服务站 审核意见	（盖章） 经办人签字： 年 月 日
县（市、区） 关爱退役军人 基金会审批意见	经研究，_____同志符合髌膝关节手术资助项目资助条件。 （盖章） 经办人签字： 年 月 日
河北省慈善总会 核准意见	（盖章） 经办人签字： 年 月 日
省关爱退役军人 基金会核准意见	根据《河北省 2023 年度困难退役军人和“三属”髌膝关节手术资助项目实施方案》，决定给予_____同志_____元_____（大写）资助。 （盖章） 经办人签字： 年 月 日

附表 2

河北省 2023 年度困难退役军人和“三属”
髌膝关节手术资助项目收治条件筛查信息汇总表

姓名	性别	年龄	入伍 年月	退伍 年月	所在市	所在县 (市、区)	所在乡 (镇、街道)	所患疾病		联系电话	是否符合 收治条件	省优抚医院 主治医师签字
								髌关节病	膝关节病			

河北省 2023 年度困难退役军人和“三属”
髌膝关节手术资助项目符合资助条件人员汇总表

姓名	性别	年龄	入伍时间	退伍时间	所在市	所在县 (市、区)	所在乡 (镇、街道)	所患疾病		享受其他 社会救助 类型	其他社会 救助时间	联系电话	银行卡号	银行 行号
								髌关节病	膝关节病					

附表 4

社会救助类型清单

1. 最低生活保障救助
2. 特困救助供养
3. 医疗救助
4. 教育救助
5. 住房救助
6. 就业救助
7. 临时救助（包括急难性临时救助、支出型临时救助）
8. 受灾人员救助
9. 生活无着流浪乞讨人员救助
10. 重大疫情等突发公共事件困难群众急难救助
11. 司法救助
12. 取暖救助
13. 残疾儿童康复救助
14. 殡葬服务费用减免
15. 困难残疾人生活补贴
16. 工会救助
17. 慈善救助（社会慈善组织救助）

