

山东省聊城市妇女联合会

关于做好 2024 年山东省低收入妇女 “两癌”救助资金发放工作的通知

各县（市、区）、开发区妇联，高新区党群工作部：

为抓细抓实低收入妇女“两癌”救助这项省重点民生实事，认真做好省级救助资金发放工作，加强资金绩效管理与监督检查，确保资金及时发放到符合条件的救助对象，现将有关事宜通知如下：

一、确定救助对象

（一）救助范围及标准

救助对象原则上为前期各县（市、区）、开发区、高新区根据《关于开展2024年度中央专项彩票公益金支持低收入妇女“两癌”救助申报工作的通知》要求摸排报送的经民政或乡村振兴部门认定的特困人员、低保对象、易返贫致贫人口、支出型困难人口（指因病因灾因意外事故等刚性支出较大或收入大幅缩减导致基本生活出现严重困难人口）中，且经过有诊断资质的医疗机构确诊、患有宫颈浸润癌IIB以上或乳腺浸润癌的妇女，救助标准为每人一次性救助10000元人民币。

（二）救助原则

1. 根据各县（市、区）、开发区、高新区摸底上报的救助计划确定救助人数。

2. 已去世人员不再救助，已被全国妇联和省妇联救助过的患病妇女不得重复救助。

3. 被救助人员由各县（市、区）、开发区、高新区根据患病妇女困难和紧急程度等因素自行确定。

二、认真做好救助资金发放相关工作

（一）制定实施方案。各县（市、区）、开发区、高新区按照救助范围和救助原则及资金管理有关要求，制定本地救助工作实施方案，做好资金发放、绩效管理、监督检查等工作，确保救助精准及时。实施方案内容包括 2024 年“两癌”患病妇女申报情况、救助情况、救助资金缺口解决情况、绩效目标和实施要求等。

（二）汇总救助对象名单。确定救助对象后，各县（市、区）、开发区、高新区要严格把关、认真审核有关材料，务必做好往年已救助人员比对，确保救助对象符合条件、材料齐备，认真填写《2024年山东省低收入妇女“两癌”救助对象情况汇总表》（附件2），加盖县级妇联及卫生健康部门公章。

（三）发放救助资金。各县（市、区）、开发区、高新区在确保救助对象完全符合救助条件后，及时、足额将救助资金发放至救助对象。救助资金原则上通过银行、信用社等代理金融机构，直接支付到救助对象账户。受助对象需在《2024 年山东省低收入妇女“两癌”救助金领取登记表》（附件3）上签字，该登记表原件同其他申报材料一起由县级妇联保存，保存期限不少于 10 年，扫描件寄送市妇联保存。

三、相关工作要求

（一）严格救助程序，健全工作机制。各县（市、区）、开发区妇联，高新区党群工作部要按照制定的实施方案，认真组织救助工作，全面掌握、监督救助执行情况，确保救助对象符合救助条件；严格按照规定及时发放救助资金，并及时向社会公开救助资金使用情况，公示中应依法保护受助对象个人隐私，不得公开与救助工作无关的信息（内容及格式可参照全国妇联救助项目公示模板）；建立救助工作档案，监督资金使用情况，掌握妇女受益情况。救助资金下发后，各级妇联要开展电话回访或实地回访，乡镇、村妇联要对救助人员全部实地回访，填写《2024年山东省低收入妇女“两癌”救助对象回访记录表》（附件4）。原则上救助对象应访尽访。

（二）严明纪律要求，加强资金监管。各级妇联要切实加强救助资金的监管，严格执行国家有关法律、行政法规和财务规章制度，任何单位和个人不得私分、侵占、挪用。存在违法违纪行为的，除责令将资金归还原有渠道或收回财政外，应按照规定对相关部门和单位予以处理，并依法追究相关责任人责任，构成犯罪的，依法移送司法机关处理。要加强资金绩效管理，按照绩效目标开展执行监控和绩效评价，不断提高财政资金使用效益。各级应主动接受财政、审计、监察等部门的监督检查。

（三）加强宣传报道，做好工作总结。各县（市、区）、开发区、高新区要进一步加大妇女“两癌”检查和低收入妇女

“两癌”救助工作的宣传力度，充分利用电视、广播、报刊、杂志及网络平台多渠道宣传党和政府对妇女群众的关心关爱、工作成效等。救助工作实施及宣传中，统一标识为：山东省妇联低收入妇女“两癌”救助。要做好“两癌”免费检查救助工作总结，力求数据准确、文字精炼、特点突出。整理救助工作有关材料，并与总结报告、绩效评估报告等一并报市妇联发展部。

有关材料提交时限、格式要求详见《报送材料清单》（附件1）。

联系人：郭丹旭 5930521

电子邮箱：lcsf1fzb@lc.shandong.cn

附件：1. 报送材料清单

2. 2024 年山东省低收入妇女“两癌”救助对象情况
汇总表

3. 2024 年山东省低收入妇女“两癌”救助金领取登
记表

4. 2024 年山东省低收入妇女“两癌”救助对象回访
记录表

聊城市妇联

2024年8月26日

附件1

报送材料清单

序号	报送材料名称	提交时限	格式要求
1	救助工作实施方案（县级）	2024.9.14 前	纸质版双面打印盖章，一式一份寄 送市妇联发展部，电子版发送至指 定邮箱。
2	2024年山东省低收入妇女 “两癌” 救助对象情况汇总表		见附件2，纸质版双面打印盖章， 一式一份寄送市妇联发展部，电子 版发送至指定邮箱。
3	2024年山东省低收入妇女 “两癌” 救助金领取登记表	资 金 下 发 后1 个 月 内	见附件3，纸质版留存备查，扫描件（每县一个 PDF文件）发送至指定邮箱。
4	银行、信用社等代理金融机构向救助对象拨款凭证、各级公示情况		纸质材料留存备查，扫描件（拨款凭证、公示情况每县各一个PDF文件）发送至指定邮箱。
5	2024年山东省低收入妇女 “两癌” 救助对象回访记录表	资 金 下 发 后1 个 月 内 进 行 回 访，2024.11.20前 完 成	见附件4，纸质版留存备查，电子版发送至指定邮箱。
6	低收入适龄妇女 “两癌” 免费检查及 “两癌” 救助工作总结	2024.11.20前	电子版发送至指定邮箱。
7	绩效自评报告		
8	有关宣传材料		包括但不限于典型事例、宣传报道信息以及救助活动现场照片（含照片说明）等发送至指定邮箱。

附件2

2024 年山东省低收入妇女 “两癌” 救助对象情况汇总表

填报单位：_____ 县（市、区）妇联 年 月 日

序号	所属县（市、区）	个人信息			患病情况		治疗费用情况		家庭经济状况	
		姓名	身份证号码	联系电话	患病名称及程度	确诊医院	实际治疗总费用（元）	报 销 金 额（元）	人员类型	年人均纯收入（元）

汇总人：

联系电话：

汇总时间：

卫生健康部门盖章

县（市、区）妇联盖章

附件3

2024 年山东省低收入妇女“两癌”救助金领取登记表

填报单位（公章）：

填报人：

联系电话：

填报时间：

序号	姓名	身份证号	联系电话	住址	患病名称及程度	收款账户名	收款账号	收款账号开户行	救助额	本人签字 (按手印)
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										

附件4

2024 年山东省低收入妇女 “两癌” 救助对象回访记录表

填报单位： 填报人： 联系电话： 填报时间：

序号	回访日期	救助对象姓名	地址	电话	回访内容	处理意见	备 注
1					1. 是否收到 “两癌” 项目救助金？ 2. 收到多少钱？ 3. 什么时间收到的？ 4. 以什么方式收到的？ 5. 是否知道救助金是党和政府对妇女群众的关爱？ 6. 是否知道救助金是来自妇联？ 7. 是否见到或参加过妇联开展的 “健康中国 母亲行动” 或 “两癌” 防治宣传活动？（如听知识讲座、发放宣传折页，收看科普视频等）。 8. 对 “两癌” 救助工作是否满意？ 9. 其他相关问题等。		
回访工作小结：							