

浙江省医联医疗扶持和救助公益基金会

关于推出“心希望”患者救助项目的通知

根据基金会关爱生命健康，开展社会困境群体的医疗救济补助；提升医护人员的学术水平和技能等宗旨。为帮助心脏病患者获得及时有效的治疗，减轻其经济负担，促进心脏领域公益事业发展；提高公众对心脏疾病的认知和预防意识，倡导健康生活方式；推动心脏领域医疗技术发展和临床研究，提升我国心脏病诊疗水平；打造具有影响力的心脏疾病救助公益品牌，汇聚社会爱心力量。浙江省医联医疗扶持和救助公益基金会特推出“心希望”患者救助项目。具体救助对象由该项目经专家评审会审核批准后决定，具体救助金额根据基金会标准综合判定，每位救助对象的救助金额最高不超过8万元。现将项目相关事项通知如下：

一、救助范围：全国

二、资金主要用途：

- 1、为全国需要心血管内科疾病的介入操作或治疗的患者能接受更好的治疗，减轻其家庭的经济负担。
- 2、进一步促进心血管领域公益项目及健康公益活动事业发展，加强我国心血管相关的医疗技术水平和临床研究，帮助我国心血管科

在医疗公益、人文关怀等领域的公益慈善品牌建设。

三、申报方式：

医院申请渠道

四、须提交的材料：

此次医疗救助基金需由符合条件的申请人通过医院向基金会提出申请（如本人无法提出申请，可由其配偶或直系亲属提出申请），须提交材料如下：

- 1、“心希望”患者救助项目受助家庭登记表；
- 2、农村村委会或街道办事处盖章的低保证明或困境证明（帮助患者更好治疗，减轻经济负担方向的需要提供该证明）；
- 3、医院的诊断证明及相关治疗材料；
- 4、受助人（监护人）身份证复印件；
- 5、收费收据原件及医疗费用结算单。

五、获取材料模板：

符合条件的申请人可在浙江省医联医疗扶持和救助基金会官网下载相关附件内容。

六、材料提交方式

本次申报材料提交方式有以下两种形式：

1、邮寄

收件地址：浙江省杭州市上城区钱江新城市民街 66 号钱塘航空大厦 1 幢 714 室 收件人：俞雯雯 联系电话：18258113941

2、将材料以 pdf 版本发送至基金会联系人电子邮箱



电子邮箱：18258113941@139.com

七、审批程序

申请人提交受助家庭登记表及相关材料→基金会初审→项目专家评审小组评估→结果公示→公示结果通知→予以拨付和使用。

八、出院结票

患者出院时，必须将医药费票据报销联或收据联、住院清单邮寄给基金会工作人员。

九、联系人及联络方式：

俞雯雯 18258113941

附件：1、“心希望”患者救助项目受助家庭登记表

浙江省医联医疗扶持和救助公益基金会



2025年2月章日