

成都中医药大学

成中医校〔2019〕146号

成都中医药大学关于印发《教职工“爱心帮扶基金”管理实施办法（试行）》的通知

各学院、部门：

经学校研究决定，现将《成都中医药大学教职工“爱心帮扶基金”管理实施办法（试行）》印发给你们，请遵照执行。

特此通知。



成都中医药大学教职工“爱心帮扶基金” 管理实施办法（试行）

为更好地体现学校对教职工的关怀，进一步做好困难教职工帮扶慰问工作，特设立成都中医药大学教职工“爱心帮扶基金”（以下简称基金），基金由成都中医药大学教育基金会统一管理。现结合工作实际，制定本办法。

一、基金发起单位

基金由四川成都中医大资产管理有限公司、成都中医药大学工会、成都中医药大学教育基金会联合发起，在成都中医药大学教育基金会（以下简称基金会）下设立教职工“爱心帮扶基金”专项基金。基金为非教职工福利，属于非互助性、非普惠性的帮扶救济基金。

二、基金资金来源

基金以四川成都中医大资产管理有限公司定向捐赠为主要资金来源，并接受成都中医药大学校友及社会各界的捐赠。

三、基金帮扶慰问对象

本校在岗教职工（包括在编、校聘）、离退休教职工。

四、基金帮扶慰问金分类

（一）特殊困难家庭帮扶慰问金

- 1.帮扶对象：学校失独教职工家庭。
- 2.帮扶标准：2000元/人，限一次性发放。

（二）重大疾病帮扶慰问金

1.帮扶对象：患有重大疾病教职工。

重大疾病专指恶性肿瘤、慢性肾功能衰竭（血液透析）、器官移植术后排异反应治疗。

2.帮扶标准：5000元/人，限一次性发放。

五、申请流程

（1）本人自愿申请，填写申报表（附件1或2）；

（2）在岗教职工将申报表提交所在分工会，离退休教职工将申报表提交党委离退休工作处部/离退休工作处；汇总后报校工会办公室；

（3）党委教师工作部/人事处、党委离退休工作处部/离退休工作处、工会福利委员会对申请人进行资格审核。

六、基金管理

1.严格遵守国家法律法规、基金会章程及学校相关规定对基金进行管理。

2.基金专款专用，接受捐赠人、广大教职工及学校审计部门的监督。

3.基金会根据确定的帮扶金额，将帮扶慰问金直接划拨到受助人银行账户。

4.对于弄虚作假骗取救助的，一经发现，基金会有权对所发放帮扶慰问金予以追缴。

七、附则

本办法由成都中医药大学教育基金会秘书处负责解释。本办法自发布之日起执行。

- 附件：1. 成都中医药大学教职工爱心帮扶基金“特殊困难家庭帮扶慰问金”申报表
2. 成都中医药大学教职工爱心帮扶基金“重大疾病帮扶慰问金”申报表

附件 1

成都中医药大学教职工爱心帮扶基金 “特殊困难家庭帮扶慰问金”申报表

申报日期： 年 月 日

姓名		性别		在职或离退休		出生年月	
家庭住址						联系电话	
家庭收入（元/月）				家庭支出（元/月）			
家庭供养人口							
申 报 依 据	详细说明并附相关材料：						
	申请人签字： 年 月 日						

<p style="text-align: center;">部 门 审 查 意 见</p>	<p style="text-align: center;">负责人签字： (盖章) 年 月 日</p>
<p style="text-align: center;">工 作 小 组 审 批 意 见</p>	<p style="text-align: center;">签 章 年 月 日</p>

备注：1.部门审查意见中的“部门”系指各分工会或离退休工作处；

2.本表请用 A4 纸张双面打印。

附件 2

成都中医药大学教职工爱心帮扶基金 “重大疾病帮扶慰问金”申报表

申报日期： 年 月 日

姓名		性别		在职或离退休		出生年月	
疾病类型 (选项√)	恶性肿瘤 <input type="checkbox"/>	慢性肾功能衰竭 (血液透析) <input type="checkbox"/>		器官移植术后排异反应治疗 <input type="checkbox"/>			
家庭住址					联系电话		
家庭收入 (元/月)			家庭支出 (元/月)				
家庭供养人口			所在单位				
申 报 依 据	<p>详细说明并附相关证明材料:(盖有医院公章的病情证明、诊断书等,如确诊为恶性肿瘤的需请医生在病情证明上明确注明)</p> <p style="text-align: right; margin-top: 100px;">申请人签字:</p> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">年 月 日</p>						

<p>部 门 审 查 意 见</p>	<p>负责人签字： (盖章) 年 月 日</p>
<p>工 作 小 组 审 批 意 见</p>	<p>签 章 年 月 日</p>

备注：1.部门审查意见中的“部门”系指各分工会或离退休工作处；

2.本表请用 A4 纸张双面打印。