



济宁市慈善总会

JINING CHARITY FEDERATION

关于启动孤独症儿童困难家庭救助项目的通知

为进一步提升孤独症儿童关爱服务水平，缓解我市孤独症儿童困难家庭经济负担，帮助患儿获得充分及时康复治疗，按照市委、市政府部署安排和《关于建立孤独症儿童困难家庭救助、申报、募捐三项机制的实施方案》的要求，济宁市慈善总会自 2025 年 8 月启动实施孤独症儿童困难家庭救助项目。

一、救助对象

具有济宁市户籍、生活困难的 0-17 岁孤独症儿童家庭。

二、项目标准

（一）康复援助项目。一年内救助对象接受康复治疗总费用扣除医保报销、残联补助及其他社会救助后，对个人实际负担 1 万元（不含）以上的，依申请给予每人不超过 3000 元的康复治疗援助。本项目一年内同一救助对象不予重复救助。

（二）生活救助项目。生活困难的孤独症儿童家庭经入户调查后，符合救助条件的，按照每户不超过 5000 元标准给予资金救助。本项目一年内同一救助对象不予重复救助。

(三) 对于生活经济困难且符合康复援助项目、生活救助项目要求的救助对象，一年内可同时享受以上两个项目的救助。

三、救助流程

(一) 申请参与康复援助项目的，需提供本人身份证、户口本索引页及患儿单页复印件、患儿孤独症诊断证明（病历首页）、申请书、承诺书（见附件5）、最近一年内康复治疗费用单据（发票、结算清单）、家庭困难证明（由村委会或居委会出具家庭困难证明）、申请人银行卡复印件（需手写银行卡号、开户行、户名），填写《孤独症儿童困难家庭救助申报表（康复援助项目）》（见附件1）。经县（市区）残联、慈善总会审核同意后，连同《孤独症儿童困难家庭救助基金支出汇总表（康复援助项目）》（见附件2），一并报济宁市慈善总会审批。

(二) 申请参与生活救助项目的，经入户调查后，需提供本人身份证、户口本索引页及患儿单页复印件、患儿孤独症诊断证明（病历首页）、申请书、承诺书（见附件5）、家庭困难证明（由村委会或居委会出具家庭困难证明）、申请人银行卡复印件（需手写银行卡号、开户行、户名），填写《孤独症儿童困难家庭救助申报表（生活救助项目）》（见附件3）。经乡镇（街道）民政或慈善协会、县（市区）慈善总会审核同意后，连同《孤独症儿童困难家庭救助基金支出汇总表（生活救助项目）》（见附件4），一并报济宁市慈善总会审批。

各县（市区）慈善总会要主动对接县（市区）残联，协调做好康复援助项目审核。于 2025 年 8 月 28 日前将项目材料报送济宁市慈善总会。

联系人：李 兵 0537-2373755

附件：

1. 孤独症儿童困难家庭救助申报表（康复援助项目）
2. 孤独症儿童困难家庭救助基金支出汇总表（康复援助项目）
3. 孤独症儿童困难家庭救助申报表（生活救助项目）
4. 孤独症儿童困难家庭救助基金支出汇总表（生活救助项目）
5. 承诺书



附件 1 孤独症儿童困难家庭救助申报表 (康复援助项目)

申请人姓名		性别		年龄	
身份证号		联系电话			
患儿姓名		性别		年龄	
身份证号		与申请人关系			
患儿户籍					
一年内康复治疗费用总额 (元)	医保报销	残联补助	其他救助	个人自负 (元)	
县 (市区) 残联 审核意见	盖章: 年 月 日				
县 (市区) 慈善 总会审核意见	盖章: 年 月 日				
济宁市慈善总会 审批意见	盖章: 年 月 日				
援助金额:	_____ 元 (大写: 仟元整)				
备 注					

此表附申请人身份证、户口本索引页及患儿单页复印件、患儿孤独症诊断证明 (病历首页)、一年内康复治疗费用单据 (发票、结算清单)、申请书、承诺书 (见附件 5)、村 (居) 委会出具的家庭困难证明、申请人银行卡复印件 (需手写银行卡号、开户行、户名)

附件2

孤独症儿童困难家庭救助基金支出汇总表（康复援助项目）

县(市区)慈善盖章:

单位：元

[illegible]

附件 3 孤独症儿童困难家庭救助申报表（生活救助项目）

申请人姓名		性别		年龄	
身份证号		联系电话			
患儿姓名		性别		年龄	
患儿身份证号		与申请人关系			
患儿户籍					
家庭基本情况 及申请 救助原因	申请人签字：				
入 户 调查意见					
调查人签字 (须两人签字)			调查人联系电话		
			调查人联系电话		
乡镇（街道）民政或慈善 协会意见	县（市、区）慈善总会 意 见		济宁市慈善总会意见		
(盖章) 年 月 日	(盖章) 年 月 日		(盖章) 年 月 日		
银行卡号		户 名		开户行	
救助金额：	_____ 元（大写： 仟元整）				
备 注					

此表附申请人身份证、户口本索引页及患儿单页复印件、患儿孤独症诊断证明（病历首页）、申请书、承诺书（见附件5）、村（居）委会出具的家庭困难证明、申请人银行卡复印件（需手写银行卡号、开户行、户名）

附件4

孤独症儿童困难家庭救助基金支出汇总表（生活救助项目）

单位：元

县(市区)慈善盖章:

[illegible]

承诺书

本人自愿参与孤独症儿童困难家庭救助基金救助项目，所提供材料真实有效，承诺将申请的救助资金全部用于孤独症儿童生活、康复治疗。如不属实，自愿承担相应法律后果。

承诺人（签字、按指印）：

年 月 日