广州市学生重大心理疾病扶助治疗办法

为贯彻《中华人民共和国教育法》，对我市患有重大心理疾病且家庭经济困难的学生在经济上提供扶助，帮助他们战胜疾病，顺利完成学业，制定本办法。

一、扶助对象

广州地区全日制各级各类学校患重大心理疾病且家庭经济困难的全日制在校学生，外来工子女在穗有两年以上广州学籍的学生。

二、申请扶助治疗的条件

（一）申请人必须是在广州市、区属各类学校就读、具有广州市常住户口的全日制在校学生，外来工子女在穗两年以上广州学籍的证明。

（二）申请人家庭经济困难，家庭年总收入低于上一年度广州市年平均工资。

（三）申请人须自付住院治疗费（医保项目）1万元以上。

三、学生患有以下重大精神心理疾病，可以申请扶助治疗。

（一）存在有明显冲动伤人毁物、自伤自杀行为的精神心理障碍患者；

（二）明确诊断为“双相情感障碍、躁狂发作、抑郁障碍（包括目前为伴有精神病性症状的重度抑郁发作、不伴有精神病性症状的重度抑郁发作）、强迫性障碍、精神分裂症、偏执性精神障碍、分裂情感性障碍、癫痫性精神病、癫痫性情感障碍、精神发育迟滞伴有精神障碍（行为缺陷）”（ICD-10诊断分类）患者；

（三）孤独症谱系障碍、多动性障碍、对立违抗性障碍、品行障碍、抽动障碍、神经性厌食、习惯和冲动障碍等严重影响学习、人际交往、生活自理，需要接受住院治疗；

四、符合本办法规定而获批准助疗的学生，其扶助治疗金额根据学生家庭经济困难情况和病情治疗需要予以确定，一次性资助0.5万元。

五、申请扶助治疗办法

（一）由学生或其合法监护人到市教育基金会办公室填报《广州市学生重大心理疾病扶助治疗资金申请表》，并提供以下资料：

1.就诊的区级以上医院出具的疾病诊断证明书原件、近期病历复印件；

2.学生本人户口簿复印件；

3.该疾病治疗费收据1万元（原件）；

4.学生或其合法监护人的申请书（学校盖章证明属实）。

5.非广州市户籍的学生需提供父母一方或其他监护人持有在广州市办理且在有效期内的《广东省居住证》复印件。

（二）由市教育基金会资助委员会按章审批，必要时，由市教育基金会和广州慧爱医院儿少科医生组成的“广州市教育基金会助疗审批小组”进行审批。审批时间为7个工作日。

（三）经市教育基金会资助委员会审定同意后，由市教育基金会办公室向学生家长或其合法监护人发给“批准扶助治疗通知书”。

六、扶助治疗资金的支付和使用办法

（一）学生家长或其合法监护人接到“批准扶助治疗通知书”后，凭学生住院诊断证明到市教育基金会办公室办理手续，由市教育基金会办公室按批准的扶助治疗金额划入学生治疗所在的医院，同时向该医院发出同意扶助治疗的函，请医院设立专账监督扶助治疗资金的使用。

（二）扶助治疗金仅对本办法规定的病种住院给予资助。

（三）下列医疗费用，不属于扶助治疗金的使用范围：

1.属医保报销范围的费用；

2.在非区级以上医院治疗发生的医疗费用；

3.经本市教育基金会认定的其他不予资助的费用。

七、资金的使用监督

（一）治疗医院对获得扶助治疗资金的学生进行检查、治疗、用药时应按照市教育基金会扶助治疗资金使用办法使用资金，同时提供接受扶助治疗学生在医院治疗期间使用扶助治疗资金的清单。

（二）由市教育基金会每年对扶助治疗资金的筹集和使用情况作专项财务报告，接受社会及捐款单位、个人的监督。

八、其他规定

（一）不接受学生家长或其他合法监护人为已去世的学生生前治疗费用的资助申请。但经批准获得扶助治疗的学生未领取扶助治疗资金即去世的由市教育基金会发给人民币2000元的扶助治疗费用。

（二）本办法提出的医保报销范围参考市医疗保险服务中心有关规定执行。

九、本办法由市教育基金会负责解释。

广州市学生重大心理疾病扶助

治疗资金申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学生姓名 | |  | | 性别 |  | | | | 出生年月 |  | | |
| 就读学校 | |  | | | | | | | 班 级 |  | | |
| 住址 | |  | | | | 联系  电话 | |  | | | 邮编 |  |
| 患病种类 | |  | | | 治疗医院 | | |  | | | | |
| 学 姓 务  生 名 和  家 、 年  庭 工 经  主 作 济  要 单 收  成 位 入  员 职 数 | | |  | | | | | | | | | |
| 父 单  亲 位  所 证  在 明 | 我单位职工（干部） 年总收入约（大写） 元。特此证明。  单位盖章：  20 年 月 日 | | | | 母 单  亲 位  所 证  在 明 | | 我单位职工（干部） 年总收入约（大写） 元。特此证明。  单位盖章：  20 年 月 日 | | | | | |
| 学 学  生 校  所 意  在 见 | 盖章：  日期： | | | | | | | | | | | |
| 广 基  州 金  市 会  教 意  育 见 | 盖章：  日期： | | | | | | | | | | | |