

共青团海南省委 海南省志愿服务联合会 文件 海南省志愿服务发展基金会

琼团联字〔2018〕37号



关于做好“精准扶贫——亮睛工程”公益 活动的通知

儋州市、琼中县、五指山市、保亭县、临高县、白沙县团委：
为贯彻落实习近平总书记在十九大报告中提出的“全民健康”和2018年8月26日作出的“关注青少年爱眼护眼”以及关于精准扶贫工作的一系列重要指示精神、《中共海南省委海南省人民政府关于打赢脱贫攻坚战的实施意见》、《海南省农村脱贫攻坚“十三五”规划》、《海南共青团开展三年攻坚脱贫实施方案》、《“十三五”全国眼健康规划（2016-2020）年》（国卫医发〔2016〕57号）等文件要求，为了增强我省青少年爱眼护眼的意识，帮助解决我省青少年和建档立卡户、低保户、五保户及特殊困难家庭成员眼疾病的问题，更好地助力我省的扶贫攻坚战略。共青团海南省委、

海南省志愿服务联合会、海南省志愿服务发展基金会（以下简称省志基会）、湖南爱眼公益基金会海南分会决定联合实施海南省“精准扶贫——亮睛工程”公益活动。具体事项通知如下：

一、活动主题

海南省“精准扶贫——亮睛工程”公益活动

二、组织机构

（一）主办单位

共青团海南省委

海南省志愿服务联合会

海南省志愿服务发展基金会

（二）协办单位

相关市县团委

湖南爱眼公益基金会海南分会

海南爱尔新希望眼科医院（以下简称爱尔眼科医院）

三、活动时间

2018年12月1日至2020年12月31日

四、实施市县

首批试点实施市县：儋州市、琼中县、五指山市、保亭县、临高县、白沙县。根据活动开展情况，再确定下一批实施市县。

五、宣讲活动

省志基会或爱尔眼科医院根据文件要求，与相关市县团委对接，确定开展近视防控宣讲的学校和具体时间，由爱尔

眼科医院组织专家到学校开展近视防控宣讲活动，并将“青少年亮睛工程”的救助对象及标准发放给学校和学生，对需要救助的学生进行登记存档，再预约到院治疗。

六、救助项目

1. 屈光不正：配戴框架镜、角膜塑形镜。
2. 视力残疾：三级以上配戴助视器。
3. 其他眼病：圆锥角膜、白内障、青光眼、I型糖尿病眼疾病变、斜视、中度以上弱视。

七、救助对象

1. 患有屈光不正或其他眼病的年龄 3-18 岁幼儿园及中、小学海南省在籍学生。
2. 属于建档立卡贫困户、低保户、五保户及特殊困难家庭成员。

八、救助标准

(一) 对年龄在 3-18 岁，未能及时治疗本救治项目中任何一种眼疾的海南省 3-18 岁在籍学生，按以下方式救助：

(1) 圆锥角膜、白内障、青光眼、I型糖尿病眼疾病变、斜视手术治疗费用：手术费从海南省志愿服务发展基金会“海南省青少年近视防控基金”（以下简称基金）资助 500 元，其他费用自理（符合医保农合报销的扣减医保农合报销后的费用）；(2) 框架镜费用：所有框架眼镜（每人限一副）由基金资助 500 元/副/人；指定品牌角膜塑形镜：在原价基础上由基金资助 1000 元/副/人。

(二) 属于建档立卡贫困户、低保户、五保户及特殊困

难家庭成员白内障患者（参合参保的）手术费用全免，并享有以上的其他资助项目。

九、相关要求

1. 各相关市县要高度重视此项爱心公益活动，安排专人负责此工作。

2. 各相关市县要将文件精神传达到所在市县中小学，组织学校积极参加此次公益活动，让有意愿参加宣讲的学校填写《海南省“精准扶贫——亮睛工程”近视防控宣讲申请表》上报省志基会。近视防控宣讲活动后，有需求的学生可填写《海南省“精准扶贫——亮睛工程”资助申请表》（三联），由市县团委统一上报爱尔眼科医院，医院在《申请表》上确认可救助后，将申请表第二、三联交给学生，学生在活动期间内都可预约到医院进行治疗。

3. 各相关市县团委要主动与市县相关部门沟通，筛查建档立卡户、低保户、五保户及特殊困难眼疾病情况，白内障患者可填写《海南省“精准扶贫——亮睛工程”贫困白内障患者救助申请审批表》，由市县团委上报省志基会，爱尔眼科医院预约到院治疗。

4. 各相关单位可登录海南省志愿服务发展基金会官网 www.hizy.org.cn 下载中心下载文件和相关申请表。

省志基会联系人：张伟，联系电话：65357770，15298929908，邮箱：hizyfw@163.com；爱尔眼科医院项目负责人：钟大勇；联系电话：66108635，13976056989。

- 附件：1. 《海南省“精准扶贫——亮睛工程”近视防控
宣讲申请表》
2. 《海南省“精准扶贫——亮睛工程”资助申请表》
3. 《海南省“精准扶贫——亮睛工程”贫困白内障患者救助申请审批表》



2018年12月4日

附件 1

海南省“精准扶贫-亮睛工程” 近视防控宣讲申请表

日期： 年 月 日

学校名称			
学校地址			
全校学生人数		教师人数	
计划宣讲时间		宣讲地点	
计划参加宣讲学生人数			
学校申请意见	负责人签名： 盖章（学校）： 年 月 日		
所在市县 团委意见	负责人签名： 盖章（团委）： 年 月 日		
备注			

附件 2

“海南省青少年亮睛工程”资助申请表

学生姓名:	性别:	年龄:	身份证号码:
家属姓名:	性别:	年龄:	身份证号码:
详细地址:			联系电话:
参加医疗保险情况:新型农村合作医疗 (); 城镇居民医疗保险 (); 社保 ()。			
<p>资助项目及标准:</p> <p>1. 框架眼镜医学验配: 每副资助 500 元 ()</p> <p>2. 角膜塑形镜医学验配: 每副资助 1000 元 ()</p> <p>3. 先天性眼病: 治疗费用中自付部分全部资助 ()</p> <p>4. 其他眼病: 治疗费用中自付部分全部资助 ()</p> <p style="text-align: right;">申请人签名: 与学生关系: 年 月 日</p>			
<p>病史简介 (疾病诊断):</p> <p style="text-align: right;">医师签名: 年 月 日</p>			
<p>海南爱尔新希望眼科医院意见:</p> <p style="text-align: right;">签 名: (盖 章) 年 月 日</p>			

- 注: 1. 填写“参加医疗保险情况”栏, 在符合括号内打√。
 2. 附: 身份证或(户口本)复印件, 新农合(城镇居民医保)参保证。
 3. 资助条件: ①海南省籍 3-18 岁学生 ②该项目为公益资助, 家长和学生自愿选择参与。
 4. 框架眼镜验配实际金额(医学验光+检查+镜片+镜架费用)不足 500 元, 不退还剩余差价; 验配金额超过 500 元, 则需要补足剩余差价。
 5. 资助资金来源: 海南省志愿服务发展基金会提供总额 100 万元。
 6. 项目执行机构: 海南爱尔新希望眼科医院
 7. 医院地址: 海口市滨涯路 14 号(农垦中学斜对面)
 医院电话: 0898-66108623 0898-66108635

“精准扶贫——亮睛工程” 贫困白内障患者救助申请审批表

患者姓名:	性别:	年龄:	身份证号码:
家属姓名:	性别:	年龄:	身份证号码:
详细地址:			联系电话:
参加医疗保险情况:新型农村合作医疗 (); 城镇居民医疗保险 (); 社保 ()。			
申请救助理由: 1. 建档立卡贫困人口 () 2. 低保户 () 3. 五保户 () 4. 残疾人 () 5. 特殊困难的群体 ()			
			申请人签名: 与患者关系: 年 月 日
病史简介 (疾病诊断): <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 医师签名: 年 月 日 </div>			
海南爱尔新希望眼科医院意见: <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 签 名: (盖 章) 年 月 日 </div>			

注: 1. 填写“参加医疗保险情况”栏, 在符合括号内打√。

2. 附: 户口本(身份证), 新农合(城镇居民医保)参保证, 低保证、五保证、残疾证、抚恤证等相关证件的复印件; 特殊困难的群体出具村(居)委会开的贫困证明的原件。

