

Số: 10/QĐ-QHTNBCTBL

Hà Nội, ngày 08 tháng 8 năm 2019

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành mức hỗ trợ
và quy trình giải quyết hồ sơ đăng ký của người bệnh lao

HỘI ĐỒNG QUẢN LÝ
QUỸ HỖ TRỢ NGƯỜI BỆNH CHIẾN THẮNG BỆNH LAO

Căn cứ Quyết định số 380/QĐ-BNV ngày 16/3/2018 của Bộ Nội vụ về việc cấp Giấy phép thành lập và công nhận Điều lệ Quỹ Hỗ trợ người bệnh chiến thắng bệnh lao;

Căn cứ Quyết định số 1572/QĐ-BNV ngày 16/7/2018 của Bộ Nội vụ về việc công nhận Quỹ đủ điều kiện hoạt động và công nhận thành viên Hội đồng Quản lý Quỹ Hỗ trợ người bệnh chiến thắng bệnh lao (gọi tắt là Quỹ);

Căn cứ Quyết định số 224/QĐ-BVPTU ngày 15/3/2019 của Giám đốc Bệnh viện Phổi Trung ương về việc thành lập Tổ xây dựng mức hỗ trợ người bệnh lao Quỹ PASTB; Tờ trình ngày 09/7/2019 của Tổ xây dựng mức hỗ trợ cho người bệnh lao Quỹ PASTB;

Căn cứ ý kiến thống nhất của Hội đồng quản lý Quỹ ngày 05/8/2019 về việc ban hành mức hỗ trợ và quy trình hỗ trợ người bệnh Quỹ PASTB;
Xét đề nghị của Chánh Văn phòng Quỹ,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này mức hỗ trợ và quy trình giải quyết hồ sơ đăng ký hỗ trợ của người bệnh lao.

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày 01/9/2019 và thay thế các quy định về thủ tục hỗ trợ người bệnh trước đây của Quỹ.

Điều 3. Các ông, bà: Ủy viên Hội đồng quản lý, Chánh Văn phòng Quỹ, Phụ trách kế toán Quỹ, cộng tác viên Quỹ và trưởng các đơn vị liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- Ban Kiểm soát.
- Lưu VP Quỹ.

TM. HỘI ĐỒNG
CHỦ TỊCH

Nguyễn Viết Nhung

QUY ĐỊNH MỨC HỖ TRỢ NGƯỜI BỆNH LAO

(Ban hành kèm theo Quyết định số 10/QĐ-QHTNBCTBL ngày 08 tháng 8 năm 2019 của Hội đồng quản lý Quỹ Hỗ trợ người bệnh chiến thắng bệnh lao)

I. Quy định phân loại đối tượng người bệnh lao hoàn cảnh khó khăn có hồ sơ đăng ký hỗ trợ:

- Đối tượng người bệnh lao điều trị nội trú tại cơ sở y tế từ tuyến huyện, Trung tâm kiểm soát bệnh tật các tỉnh, thành phố và Bệnh viện chuyên khoa lao và bệnh phổi thuộc Chương trình chống lao Quốc gia.
 - Người bệnh điều trị nội trú đã có thẻ BHYT;
 - Người bệnh điều trị nội trú chưa có thẻ BHYT hoặc đang trong thời gian chờ thẻ BHYT có hiệu lực sử dụng sau 01 tháng theo quy định.
- Đối tượng người bệnh lao điều trị ngoại trú được theo dõi tại cơ sở y tế từ tuyến xã, phường, Trung tâm kiểm soát bệnh tật các tỉnh, thành phố và Bệnh viện chuyên khoa lao và bệnh phổi thuộc Chương trình chống lao Quốc gia.

II. Quy định về phân loại nhóm bệnh như sau:

- Nhóm I: Lao kháng thuốc.
- Nhóm II: Lao hệ thần kinh (lao màng não); Lao cột sống; Lao xương và khớp (Khớp háng, khớp gối, khớp ngón); Di chứng do lao.
- Nhóm III: Lao ruột, màng bụng; Lao hạch ngoại vi; Lao hạch trung thất; Lao màng phổi; Lao phổi; Lao thanh quản; Lao tiết niệu; Lao kê; Lao da; Lao các cơ quan khác.

III. Quy định mức hỗ trợ:

- Mua thẻ BHYT đối với tất cả trường hợp người bệnh lao chưa có thẻ BHYT, có hồ sơ đăng ký đúng quy định của Quỹ theo mức của đối tượng mua thẻ BHYT tự nguyện do pháp luật quy định.
- Người bệnh lao điều trị nội trú: Người bệnh được hỗ trợ theo ngày nằm viện điều trị nội trú như sau:

Người bệnh Nhóm	Mức hỗ trợ	
	Người bệnh đã có thẻ BHYT Số tiền hỗ trợ/01 ngày (đồng)	Người bệnh chưa có thẻ BHYT hoặc chờ thẻ BHYT có hiệu lực Số tiền hỗ trợ/01 ngày (đồng)
I	200.000	650.000
II	300.000	800.000
III	200.000	800.000

- Người bệnh lao điều trị ngoại trú:
 - Hỗ trợ chi phí đi lại mức 100.000 đồng/01 lần đi khám.
 - Hỗ trợ dinh dưỡng mức 1.000.000 đồng/01 tháng.
- Những trường hợp người bệnh đặc biệt khác sẽ đề xuất xin ý kiến Giám đốc Quỹ.

TM. HỘI ĐỒNG
CHỦ TỊCH

HỘI ĐỒNG
QUẢN LÝ

Nguyễn Việt Nhung

QUY TRÌNH

GIẢI QUYẾT HỒ SƠ ĐĂNG KÝ HỖ TRỢ CỦA NGƯỜI BỆNH LAO

(Ban hành kèm theo Quyết định số 10/QĐ-QHTNBCTBL ngày 08 tháng 8 năm 2019 của Hội đồng quản lý Quỹ Hỗ trợ người bệnh chiến thắng bệnh lao)

I. Giải thích từ ngữ các chữ viết tắt, viết rút gọn:

- Quỹ PASTB: Quỹ Hỗ trợ người bệnh chiến thắng bệnh lao.
- CTV: Cộng tác viên được Hội đồng Quản lý Quỹ công nhận thuộc các đơn vị của Chương trình chống lao Quốc gia
- NB: Người bệnh
- CSYT: Cơ sở y tế
- BHYT: Bảo hiểm y tế

II. Hồ sơ đăng ký hỗ trợ kèm các biểu mẫu:

- Đơn đăng kí hỗ trợ người bệnh điều trị nội trú *Mẫu NB-01*;
- Đơn đăng kí hỗ trợ người bệnh điều trị ngoại trú *Mẫu NB-02*;
- Giấy xác nhận truyền thông *Mẫu NB-03*;
- Công văn đề xuất hỗ trợ người bệnh *Mẫu CTV-01*;
- Giấy biên nhận (Đối với điều trị Nội trú) *Mẫu CTV-02*;
- Giấy biên nhận (Đối với điều trị Ngoại trú) *Mẫu CTV-03*;

III. Thời hạn giải quyết hồ sơ:

3.1 Thời hạn giải quyết hồ sơ tại cơ sở:

- Trong vòng 05 ngày làm việc, kể từ khi nhận được đầy đủ hồ sơ của người bệnh.

3.2 Thời hạn giải quyết hồ sơ tại Văn phòng Quỹ:

- Trong vòng 05 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được hồ sơ đăng ký qua hòm thư điện tử của Quỹ hoặc trên dấu bưu điện.

IV. Thủ tục thanh toán kinh phí hỗ trợ

4.1 Quy trình thanh toán đối với cơ sở y tế:

- CTV chuyển đầy đủ hồ sơ, công văn theo đúng quy định, Quỹ sẽ có thông báo cụ thể và chuyển khoản số tiền hỗ trợ về đơn vị.
- Đơn vị và CTV có trách nhiệm trao trả hỗ trợ cho đúng người bệnh theo thông báo phê duyệt.

4.2 Quy trình tiếp nhận hỗ trợ đến người bệnh:

A. THỦ TỤC HỖ TRỢ MUA THẺ BHYT

I. Điều kiện áp dụng:

1. Người bệnh được chẩn đoán là lao;
2. Chưa mua thẻ BHYT.

II. Hồ sơ đăng kí gồm:

1. Đơn Đăng kí theo *Mẫu NB-01* hoặc *Mẫu NB-02*;
2. Chứng minh thư nhân dân hoặc Giấy khai sinh (photo).
3. Giấy xác nhận truyền thông *Mẫu NB-03*

III. Quy trình:

Bước 1: CTV tiếp nhận các hồ sơ đăng ký, thẩm tra xác minh, chịu trách nhiệm về các thông tin trong Hồ sơ đăng ký.

Bước 2: Người bệnh tiến hành mua thẻ BHYT và đưa cho CTV Phiếu thu (biên lai) mua thẻ BHYT.

Bước 3: CTV soạn công văn đề nghị hỗ trợ người bệnh (Mẫu CTV-01), kèm bộ hồ sơ đăng kí, phiếu thu gửi về Quỹ qua đường bưu điện.

Bước 4: Sau khi Quỹ tiếp nhận sẽ có thông báo phê duyệt hồ sơ và chuyển khoản về đơn vị.

Bước 5: Đơn vị và CTV có trách nhiệm trao trả số tiền được hỗ trợ cho người bệnh. Người bệnh kí Giấy biên nhận tiền theo Mẫu CTV-02 hoặc Mẫu CTV-03

Bước 6: CTV scan gửi Giấy biên nhận về Quỹ qua hòm thư điện tử pastb2017@yahoo.com và lưu bản cứng tại đơn vị.

B. HỖ TRỢ NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ:

B.1. Đối với người bệnh có thẻ BHYT

I. Điều kiện áp dụng:

1. Người bệnh được chẩn đoán lao đang điều trị nội trú;
2. Người bệnh hoàn cảnh khó khăn có xác nhận của chính quyền địa phương hoặc có ký hiệu in trên thẻ BHYT theo bảng 01 dưới đây:

Bảng 01: KÝ HIỆU TRÊN THẺ BHYT

BT	Người thuộc diện hưởng trợ cấp bảo trợ xã hội hàng tháng theo quy định của pháp luật
CB	Cựu chiến binh theo quy định pháp luật về cựu chiến binh
CC	Người có công với cách mạng, bao gồm: người hoạt động cách mạng trước ngày 01/01/1945; người hoạt động cách mạng từ ngày 01/01/1945 đến ngày khởi nghĩa tháng 8/1945; Bà mẹ Việt nam anh hùng; thương binh, người hưởng chính sách như thương binh, thương binh loại B, bệnh binh suy giảm khả năng lao động từ 81% trở lên
CK	người có công với cách mạng theo quy định của pháp luật về người có công với cách mạng, trừ các đối tượng được cấp mã CC
CN	Người thuộc hộ gia đình cận nghèo
CT	Người từ đủ 80 tuổi trở lên đang hưởng trợ cấp tuất hàng tháng
DK	Người đang sinh sống tại vùng có điều kiện – kinh tế xã hội đặc biệt khó khăn
DT	Người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn
HG	Người đã hiến bộ phận cơ thể người theo quy định của pháp luật
HN	người thuộc hộ gia đình nghèo
KC	Người tham gia kháng chiến theo quy định pháp luật về người có công với cách mạng được quy định tại các Quyết định của Thủ tướng Chính phủ
PV	Người phục vụ người có công với cách mạng
TC	Thân nhân của người có công với cách mạng, bao gồm: Cha đẻ, mẹ đẻ, vợ hoặc chồng, con từ trên 6 tuổi đến dưới 18 tuổi hoặc từ đủ 18 tuổi trở lên nếu còn tiếp tục đi học hoặc bị khuyết tật nặng, khuyết tật đặc biệt nặng của các đối tượng; người hoạt động cách mạng trước ngày 1-1-1945; người hoạt động cách mạng từ ngày 1/1/1945 đến ngày khởi nghĩa tháng Tám năm 1945;
TS	Thân nhân của người có công với cách mạng là cha đẻ, mẹ đẻ, vợ hoặc chồng, con của liệt sỹ; người có công nuôi dưỡng liệt sỹ
XD	Đang sinh sống tại huyện đảo, xã đảo

II. Hồ sơ đăng kí gồm:

1. Đơn Đăng kí theo Mẫu NB-01
2. Chứng minh thư nhân dân hoặc Giấy khai sinh (photo);
3. Thẻ BHYT (photo);
4. Nếu trên thẻ BHYT không có ký hiệu trên thẻ (Bảng 01) thì yêu cầu cung cấp Giấy xác minh hoàn cảnh khó khăn có xác nhận của chính quyền địa phương.

5. Giấy xác nhận truyền thông *Mẫu CTV-03*

III. Quy trình:

Bước 1: CTV tiếp nhận các hồ sơ đăng ký, thẩm tra xác minh, chịu trách nhiệm về các thông tin trong Hồ sơ đăng ký.

Bước 2: Khi người bệnh ra viện, CTV photo Giấy ra viện, bộ hồ sơ đăng ký và soạn công văn đề nghị hỗ trợ người bệnh (*Mẫu CTV-01*) gửi toàn bộ về Quỹ qua đường bưu điện.

Bước 3: Sau khi Quỹ tiếp nhận sẽ có thông báo phê duyệt hồ sơ và chuyển khoản về đơn vị.

Bước 4: Đơn vị và CTV có trách nhiệm trao trả số tiền được hỗ trợ cho người bệnh. Người bệnh kí Giấy biên nhận tiền *Mẫu CTV-02*.

Bước 5: CTV scan gửi Giấy biên nhận về Quỹ qua hòm thư điện tử pastb2017@yahoo.com và lưu bản cứng tại đơn vị.

B.2. Đối với người bệnh đã mua thẻ BHYT nhưng chưa có hiệu lực sử dụng:

I. Điều kiện áp dụng:

1. Người bệnh được chẩn đoán lao đang điều trị nội trú;
2. Người bệnh hoàn cảnh khó khăn có xác nhận của chính quyền địa phương;
3. Đã mua thẻ BHYT và đang trong thời gian chờ sử dụng thẻ BHYT theo quy định của pháp luật.

II. Hồ sơ đăng kí gồm:

1. Đơn Đăng kí (*Mẫu NB-01*);
2. Chứng minh thư nhân dân hoặc Giấy khai sinh (photo);
3. Giấy xác minh hoàn cảnh khó khăn của địa phương.
4. Xác minh đã mua thẻ BHYT: Phiếu thu mua thẻ BHYT hoặc thẻ BHYT (photo);
5. Giấy xác nhận truyền thông *Mẫu NB-03*

III. Quy trình:

Bước 1: CTV tiếp nhận các hồ sơ đăng ký, thẩm tra xác minh, chịu trách nhiệm về các thông tin trong Hồ sơ đăng ký.

Bước 2: Khi người bệnh ra viện, CTV photo Giấy ra viện, bộ hồ sơ đăng ký và soạn công văn đề nghị hỗ trợ người bệnh (*Mẫu CTV-01*) gửi toàn bộ về Quỹ qua đường bưu điện.

Bước 3: Sau khi Quỹ tiếp nhận sẽ có thông báo phê duyệt hồ sơ và chuyển khoản về đơn vị.

Bước 4: Đơn vị và CTV có trách nhiệm trao trả số tiền được hỗ trợ cho người bệnh. Người bệnh kí Giấy biên nhận tiền *Mẫu CTV-02*

Bước 5: CTV scan gửi Giấy biên nhận về Quỹ qua hòm thư điện tử pastb2017@yahoo.com và lưu bản cứng tại đơn vị.

C. HỖ TRỢ NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

I. Điều kiện áp dụng:

1. Người bệnh được chẩn đoán lao, đang điều trị ngoại trú;
2. Người bệnh đã có thẻ BHYT, hoàn cảnh khó khăn có xác nhận của chính quyền địa phương hoặc có ký hiệu in trên thẻ BHYT (*Bảng 01*).
3. Có xác minh tuân thủ điều trị hàng tháng của bác sĩ điều trị trong sổ ngoại trú.

II. Hồ sơ đăng kí gồm:

1. Đơn đăng kí (*Mẫu NB-02*);
2. Chứng minh thư nhân dân hoặc Giấy khai sinh (photo);
3. Sổ điều trị ngoại trú (photo);
4. Thẻ BHYT (photo);
5. Nếu trên thẻ BHYT không có ký hiệu trên thẻ (*Bảng 01*) thì cung cấp Giấy xác minh hoàn cảnh khó khăn của địa phương;
6. Giấy xác nhận truyền thông *Mẫu NB-03*.

III. Quy trình:

Bước 1: CTV tiếp nhận các hồ sơ đăng ký, thẩm tra xác minh, chịu trách nhiệm về các thông tin trong Hồ sơ đăng ký.

Bước 2: CTV soạn công văn đề nghị hỗ trợ người bệnh (Mẫu CTV-01) gửi toàn bộ hồ sơ đăng ký về Quỹ qua đường bưu điện.

Bước 3: Sau khi Quỹ tiếp nhận sẽ có thông báo phê duyệt hồ sơ và chuyển khoản về đơn vị.

Bước 4: Đơn vị và CTV có trách nhiệm trao trả hỗ trợ cho người bệnh. Người bệnh kí Giấy biên nhận tiền Mẫu CTV-03.

Bước 5: CTV scan gửi Giấy biên nhận về Quỹ qua hòm thư điện tử pastb2017@yahoo.com và lưu bản cứng tại đơn vị.

Lưu ý:

1. Đơn vị và CTV chịu trách nhiệm hoàn toàn về hồ sơ đăng ký hỗ trợ và hỗ trợ người bệnh theo đúng quy định.
2. Trên Đơn đăng ký, Giấy biên nhận: Người bệnh là người trực tiếp ký đơn đăng ký hỗ trợ, nếu không viết được thì điểm chỉ (*ghi rõ ngón, bàn tay điểm chỉ*). Nếu người bệnh không thể ký hoặc điểm chỉ phải có xác minh tình trạng bệnh, nguyên nhân người bệnh không thể ký nhận từ bác sĩ; quan hệ của người ký thay trên sổ hộ khẩu và photo chứng minh thư nhân dân người ký thay, số điện thoại kèm theo hồ sơ đăng ký.
3. Đơn đăng ký hỗ trợ yêu cầu điền đầy đủ thông tin, số điện thoại người bệnh.

V. Tổ chức thực hiện

5.1 Công tác viên các cơ sở y tế:

- ✓ Cộng tác viên có nhiệm vụ tuyên truyền, triển khai hoạt động Quỹ tới những người bệnh có hoàn cảnh khó khăn cần được hỗ trợ.
- ✓ Thực hiện các thủ tục theo đúng quy định của Quỹ.

5.2 Văn phòng Quỹ:

- ✓ Tiếp nhận hồ sơ đăng ký từ màng lưới CTV.
- ✓ Phối hợp, hỗ trợ màng lưới cộng tác viên triển khai hoạt động Quỹ tại cơ sở.

5.3 Lãnh đạo các đơn vị chuyên khoa lao và bệnh phổi thuộc Chương trình chống lao Quốc gia

- ✓ Tích cực chỉ đạo, tổ chức triển khai truyền thông, xây dựng màng lưới cộng tác viên đến cơ sở y tế tuyến huyện thực hiện hoạt động Quỹ PASTB hiệu quả.
- ✓ Chịu trách nhiệm về thông tin của người bệnh và đề xuất hỗ trợ cho người bệnh đảm bảo thực hiện đúng theo Điều lệ Quỹ quy định.

TM. HỘI ĐỒNG
CHỦ TỊCH



Nguyễn Việt Nhung



ĐƠN ĐĂNG KÍ HỖ TRỢ NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ

Kính gửi: Quỹ Hỗ trợ người bệnh chiến thắng bệnh lao - PASTB

I. PHẦN ĐĂNG KÍ HỖ TRỢ: (Người bệnh cung cấp thông tin)

1. Họ tên người bệnh: 2. Giới tính:

3. Ngày sinh:..... 4. Dân tộc:

5. Số chứng minh thư nhân dân/Giấy khai sinh:

6. Ngày cấp: 7. Nơi cấp:

8. Số điện thoại của người bệnh:

9. Nghề nghiệp:

10. Địa chỉ:

11. Tình trạng thẻ Bảo hiểm y tế (BHYT) hiện tại:

Chưa mua thẻ BHYT.

Đã mua thẻ BHYT ngày, chờ có hiệu lực sử dụng từ ngày

Đã có thẻ BHYT số (ghi cả chữ cái và số hiệu):

12. Thông tin thụ hưởng hỗ trợ tại ngân hàng của người bệnh hoặc người bảo lãnh (nếu có):

- Tên chủ tài khoản:

- Số tài khoản:

- Tại ngân hàng:..... Chi nhánh:

13. Khi cần thiết báo tin cho ai? (Người nhà chăm sóc người bệnh: ông bà/bố mẹ/vợ chồng/anh chị)

- Tên người liên hệ số 1: Số điện thoại:

- Tên người liên hệ số 2: Số điện thoại:

14. Kể chi tiết hoàn cảnh khó khăn của gia đình:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

15. Người bệnh đăng ký hỗ trợ:.....

Tôi xin cam đoan thông tin khai trên là đúng sự thật, nếu sai tôi xin chịu hoàn toàn trách nhiệm trước pháp luật.

II. PHẦN XÁC MINH TÌNH TRẠNG BỆNH: (Bác sĩ cung cấp thông tin)

16. Người bệnh đang điều trị tại Bệnh viện/CSYT:
17. Tại Khoa:
18. Mã bệnh án:
19. Người bệnh nhập viện điều trị nội trú từ ngày:
20. Tình trạng nhập viện:
-
-
21. Tình trạng hiện tại:
-
-
22. Chẩn đoán:
-
23. Đang điều trị tháng thứ (1,2,3...):
24. Phác đồ điều trị.....
-
25. Đề xuất hỗ trợ của bác sĩ: (Hỗ trợ mua thẻ BHYT/ Hỗ trợ đồng trả chi phí điều trị nội trú)
-
-

....., ngày..... tháng..... năm.....

Xác nhận của bác sĩ điều trị (Ký, ghi rõ họ tên) Số điện thoại:	Người làm đơn (Người bệnh ký và ghi rõ họ tên)
Xác nhận của lãnh đạo Bệnh viện (Ký tên, đóng dấu)	Xác nhận của Trưởng khoa (Bác sĩ Trưởng khoa ký, ghi rõ họ tên) Số điện thoại:

Lưu ý: Người bệnh là người trực tiếp ký đơn hoặc điểm chỉ, nếu người nhà ký thay cần có xác minh tình trạng hiện tại, lý do người bệnh không thể ký đơn từ bác sĩ.



ĐƠN ĐĂNG KÍ HỖ TRỢ NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

Kính gửi: Quỹ Hỗ trợ người bệnh chiến thắng bệnh lao – PASTB

I. PHẦN ĐĂNG KÍ HỖ TRỢ: (Người bệnh cung cấp thông tin)

1. Họ tên người bệnh: 2. Giới tính:
3. Ngày sinh:..... 4. Dân tộc:
5. Số chứng minh thư nhân dân/Giấy khai sinh:
6. Ngày cấp: 7. Nơi cấp:
8. Số điện thoại của người bệnh:
9. Nghề nghiệp:
10. Địa chỉ:
-
11. Tình trạng thẻ Bảo hiểm y tế (BHYT) hiện tại:
 - Chưa mua thẻ BHYT.
 - Đã mua thẻ BHYT ngày, chờ có hiệu lực sử dụng từ ngày.....
 - Đã có thẻ BHYT số (ghi cả chữ cái và số hiệu):
12. Thông tin thụ hưởng hỗ trợ tại ngân hàng của người bệnh hoặc người bảo lãnh (nếu có):
 - Tên chủ tài khoản:
 - Số tài khoản:
 - Tại ngân hàng:..... Chi nhánh:
13. Khi cần thiết báo tin cho ai? (Người nhà chăm sóc người bệnh: ông bà/bố mẹ/vợ chồng/anh chị)
 - Tên người liên hệ số 1:Số điện thoại:
 - Tên người liên hệ số 2:Số điện thoại:
14. Kể chi tiết hoàn cảnh khó khăn của gia đình:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
15. Người bệnh đăng ký hỗ trợ:.....
.....

Tôi xin cam đoan thông tin khai trên là đúng sự thật, nếu sai tôi xin chịu hoàn toàn trách nhiệm trước pháp luật.

II. PHẦN XÁC MINH TÌNH TRẠNG BỆNH: (Bác sĩ cung cấp thông tin)

16. Người bệnh đang điều trị ngoại trú tại:

17. Số sổ đăng ký điều trị:

18. Chẩn đoán:

19. Phác đồ điều trị:

20. Số lượng tháng điều trị: tháng.

21. Đang điều trị tháng thứ (1,2,3...):

22. Đề xuất hỗ trợ của bác sĩ điều trị: (Hỗ trợ mua thẻ BHYT /dinh dưỡng/đi lại)

.....
.....
.....
.....
.....

....., ngày..... tháng..... năm.....

<p>Xác nhận của bác sĩ điều trị (Ký, ghi rõ họ tên) Số điện thoại:</p>	<p>Người làm đơn (Người bệnh ký và ghi rõ họ tên)</p>
<p>Xác nhận của lãnh đạo Bệnh viện/cơ sở y tế (Ký tên, đóng dấu)</p>	<p>Xác nhận của Trưởng khoa (Bác sĩ Trưởng khoa ký, ghi rõ họ tên) Số điện thoại:</p>

Lưu ý: Người bệnh là người trực tiếp ký đơn hoặc điểm chỉ, nếu người nhà ký thay cần có xác minh tình trạng hiện tại, lý do người bệnh không thể ký đơn từ bác sĩ.

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

GIẤY XÁC NHẬN

Tôi tên là:

Sinh ngày:

Địa chỉ:

.....

Hiện nay, tôi đang đăng kí hỗ trợ từ Quỹ hỗ trợ người bệnh chiến thắng bệnh lao. Tôi xác nhận đồng ý và cho phép được thu hình, chụp hình, phỏng vấn và sử dụng hình ảnh, tiếng nói, thư cảm ơn, thông tin cá nhân của tôi trong việc truyền thông của Quỹ và các cơ quan thông tấn, báo chí.

....., ngày tháng năm

Xác nhận đồng ý của người bệnh

SỞ Y TẾ
BỆNH VIỆN PHỔI HẢI DƯƠNG

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: /CV-
V/v: “Đề nghị hỗ trợ người bệnh lao
tháng/2019”

....., ngày tháng năm 2019

Kính gửi: Quỹ Hỗ trợ người bệnh chiến thắng bệnh lao

Căn cứ Quyết định sốngày 07/8/2019 của Hội đồng Quản lý Quỹ PASTB về việc..... ; Xét Hồ sơ Đăng kí hỗ trợ của 05 người bệnh được tiếp nhận từ Bệnh viện Phổi Hải Dương tháng 9/2019, cộng tác viên tại bệnh viện đã tìm hiểu xác minh thông tin người bệnh, xin được báo cáo và đề xuất với Quỹ PASTB hỗ trợ những trường hợp người bệnh có hoàn cảnh khó khăn (có hồ sơ đính kèm) như sau:

TT	Họ tên Ngày sinh Địa chỉ	Hoàn cảnh gia đình Tình trạng thẻ BHYT	Đối tượng người bệnh Thời gian điều trị Chẩn đoán	Đề xuất hỗ trợ
1	Nguyễn Văn A 01/01/1990 Thôn A, Xã B, Huyện C, tỉnh D	Người bệnh chưa có thẻ BHYT, đã hỗ trợ mua thẻ từ ngày...	Nội trú: - Nhập viện: - Ra viện: - Tổng số ngày: - Chẩn đoán:	Kinh phí mua thẻ BHYT
2	Nguyễn Văn B 01/01/1990 Thôn A, Xã B, Huyện C, tỉnh D	- Hộ nghèo - Đã có thẻ BHYT	Nội trú: - Nhập viện: - Ra viện: - Tổng số ngày: - Chẩn đoán:	Viện phí điều trị nội trú
3	Nguyễn Văn C 01/01/1990 Thôn A, Xã B, Huyện C, tỉnh D	- Hoàn cảnh khó khăn - Đang chờ thẻ BHYT có hiệu lực sử dụng từ ngày....	Nội trú - Nhập viện: - Ra viện: - Tổng viện ngày: - Chẩn đoán:	Viện phí điều trị nội trú trong thời gian chờ sử dụng thẻ
4	Nguyễn Văn D 01/01/1990 Thôn A, Xã B, Huyện C, tỉnh D	- Hoàn cảnh khó khăn - Chưa có thẻ BHYT được màng lưới CTV hướng dẫn hỗ trợ mua thẻ từ ngày...	Nội trú: - Nhập viện: - Ra viện: - Tổng viện ngày: - Chẩn đoán:	- Kinh phí mua thẻ BHYT (750.600 đồng) - Viện phí điều trị nội trú trong thời gian chờ sử dụng thẻ
5	Nguyễn Văn E 01/01/1990 Thôn A, Xã B, Huyện C, tỉnh D	- Đối tượng được bảo trợ - Đã có thẻ BHYT	Ngoại trú: - Điều trị từ tháng: - Đến tháng: - Chẩn đoán: Hiện tại đã hoàn thành điều trị:..... tháng.	Hỗ trợ dinh dưỡng, đi lại trong thời gian điều trị ngoại trú

Vậy Bệnh viện..... kính đề nghị Quỹ PASTB xem xét hỗ trợ
Trân trọng cảm ơn.

Nơi nhận:
- Như trên;
- Lưu

GIÁM ĐỐC
(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)

Đơn vị:.....

GIẤY BIÊN NHẬN

(Người bệnh điều trị nội trú)

Kính gửi: Quỹ Hỗ trợ người bệnh chiến thắng bệnh lao (PASTB)

Tên tôi là:

Sinh ngày:

Địa chỉ:.....

Số điện thoại:

Đã điều trị nội trú tại Bệnh viện:.....

Từ ngày:.....đến ngày:..... Tổng số ngày:.....ngày

Nhận số tiền hỗ trợ từ Quỹ Hỗ trợ người bệnh chiến thắng bệnh lao như sau:

TT	Nội dung	Chi tiết hỗ trợ	Thành tiền (đồng)
1	Mua thẻ BHYT	01 cái thẻ BHYT	750.600
2	Hỗ trợ đồng chi trả chi phí điều trị	5 ngày x 200.000	1.000.000
TỔNG CỘNG			1.750.600

Bằng chữ:

Tôi đã nhận đủ số tiền hỗ trợ từ Quỹ PASTB và không có ý kiến thắc mắc.

.....ngày.....tháng.....năm.....

Bên giao
(Ký, ghi rõ họ và tên)

Bên nhận
(Ký, ghi rõ họ và tên)

Đơn vị:.....

GIẤY BIÊN NHẬN
(Người bệnh điều trị ngoại trú)

Kính gửi: Quỹ Hỗ trợ người bệnh chiến thắng bệnh lao (PASTB)

Tên tôi là:.....

Sinh ngày:

Địa chỉ:.....

.....

Số điện thoại:

Điều trị ngoại trú:

- Tại Bệnh viện/cơ sở y tế:

- Tiếp nhận hỗ trợ: từ tháng..... đến tháng:

Nhận số tiền hỗ trợ từ Quỹ Hỗ trợ người bệnh chiến thắng bệnh lao như sau:

TT	Nội dung	Chi tiết hỗ trợ	Thành tiền (đồng)
1	Mua thẻ BHYT	01 thẻ BHYT	750.600
2	Hỗ trợ dinh dưỡng	2 tháng x 1.000.000	2.000.000
3	Hỗ trợ đi lại	2 lần x 100.000	200.000
TỔNG CỘNG			2.950.600

Bằng chữ:

.....

Tôi đã nhận đủ số tiền hỗ trợ từ Quỹ PASTB và không có ý kiến thắc mắc.

....., ngày..... tháng..... năm

Bên giao
(Ký, ghi rõ họ và tên)

Bên nhận
(Ký, ghi rõ họ và tên)