

福建卫生职业技术学院文件

闽卫院学〔2023〕135号

关于印发《福建卫生职业技术学院学生困难补助实施细则》的通知

各学院（系、部），各职能部门：

《福建卫生职业技术学院学生困难补助实施细则》经2023年8月15日校长办公会审议通过，予以正式印发，请遵照执行。

福建卫生职业技术学院

2023年8月18日

福建卫生职业技术学院学生困难补助实施细则

(经 2023 年 8 月 15 日校长办公会审议修订, 自 2023 年 8 月 18 日起施行)

第一章 总则

第一条 为帮助家庭经济困难学生顺利完成学业, 根据《福建省人民政府关于贯彻国务院建立健全普通本科高校、高等职业学校和中等职业学校家庭经济困难学生资助政策体系的实施意见》(闽政〔2007〕18 号)《福建省人民政府办公厅关于大学生参加城镇居民基本医疗保险的若干意见》(闽政办〔2009〕118 号)《福建省家庭经济困难学生认定办法的通知》(闽教规〔2023〕1 号)文件精神, 结合学校实际, 制定本办法。

第二条 本办法适用于为经过统一招生考试的全日制高职学生。

第二章 困难补助类型

第三条 困难补助类型包括: 临时困难补助、返乡路费补贴、困难慰问补助、实习生住宿补贴、毕业生求职补贴。

第三章 申请条件和补助标准

第四条 临时困难补助

(一) 申请条件

1. 无经济来源的孤儿及单亲家庭, 生活困难者。
2. 主要负担学生经济来源的家庭成员失去劳动能力(如残疾、得重病、死亡等), 影响到学生正常的生活和学习, 且有县级以上(含县级)医院的疾病证明。
3. 家中病人长期卧床或有残疾人生活不能自理, 家庭经济十分困难, 且有乡镇以上证明。

4. 家庭遭遇洪水、火灾、地震等突发性自然灾害，且有乡镇以上证明。

5. 学生本人患病花费数额巨大，县级以上（含县级）医院的疾病证明及费用清单。

6. 其他特殊情况需要补助的对象。

（二）补助标准

1. 主要负担学生经济来源的家庭成员失去劳动能力，或学生的家庭遭遇洪水、火灾、地震等突发性自然灾害，补助 1000 元。

2. 学生突遇父母患重特大疾病或父母亡故、家庭遭遇重大自然灾害、财产遭受重大损失等造成生活经济困难，补助 2000 元。

3. 学生本人患重特大疾病及住院造成生活经济困难，补助办法如下：

（1）特殊病种一次性补助

参保在榕高校大学生城乡居民医保、新农合医保、其他居民基本医保及其他商业医保，参照城乡居民基本医保门诊特殊病种目录，患有以下特殊病种的学生，只须提供三级甲等医院病历和病种的有效证明，即可给予一次性治疗期补助金，具体补助如下：

序号	类型	病 种	一次性补助标准（元）
1	特殊慢性病（7类）	恶性肿瘤门诊化疗和放疗、器官移植抗排斥反应治疗、血友病、再生障碍性贫血、系统性红斑狼疮、重症尿毒症门诊透析治疗、重症肌无力	8000
2	普通慢性病（17类）	苯丙酮尿症	5000
3		重性精神病、慢性心功能衰竭、肝硬化失代偿期、脑卒中及后遗症	3000
4		高血压病、糖尿病、癫痫病、类风湿关节炎、慢性肾炎、帕金森病	3000

5	结核病规范治疗、支气管哮喘、儿童先天性心脏病、强直性脊柱炎、抑郁症、慢性病毒性肝炎（乙型、丙型活动期）	2000
---	---	------

(2) 学生住院医疗补助:

①参保在榕高校大学生城乡居民医保、新农合医保、其他居民基本医保及其他商业医保，单次住院医疗自付费用金额(特殊病种应扣除一次性补助金)在 1500 元及以下的不补助；自付费用金额高于 1500 元的，超过部分按 70%的比例补助。每生每年累计补助金额最高不超过 30000 元。

②未参保任何医疗保险的学生，单次住院医疗总费用金额在 8000 元及以下的不补助；费用金额高于 8000 元的，超过部分按 30%的比例补助，每生每年补助金额最高不超过 3000 元。

4. 其他特殊情况，需要给予临时补助，经学院(系)审议、学工部审核、相关校领导审批，视具体情况给予相应补助。

第五条 返乡路费补贴

(一) 申请条件

路途较远，寒、暑假返乡费用较高的省内外贫困生可申请返乡路费补贴。具体情况由学院(系)根据学生家庭具体情况评定，比例控制在本学院(系)贫困生总数的 20%以内。

(二) 补助标准

按照实际票价金额补助，最高不超过 500 元/人。

第六条 困难慰问补助

(一) 申请条件

具体情况由学院(系)根据学生家庭具体情况评定，比例控制在学院(系)贫困生总数的 2%以内。

(二) 补助标准

寒、暑假期间家访慰问家庭特别困难学生，慰问金额为 1000

元。慰问因病住院或受伤住院的贫困生，慰问金额为 500 元。

第七条 特困实习生住宿补助

（一）申请条件

经认定为特别困难的实习生。

（二）补助标准

特别困难实习生住宿补贴每人每月 300 元，补贴 8 个月。

第八条 毕业生求职补贴

（一）申请条件

达到毕业条件的脱贫家庭、脱贫不稳定家庭、边缘易致贫家庭等家庭，低保家庭（含特困人员）和家庭经济困难残疾的学生。

（二）补助标准

按 2000 元/人标准一次性发放。

第四章 办理程序

第九条 符合条件的学生向所属学院(系)提出书面申请，填写相关申请表格(见附件)，并附相关证明材料，经班级、学院(系)初审，学生工作部审核和分管领导审批后给予相应补助。

第五章 管理与监督

第十条 以下情况不予补助：

（一）由于自身责任造成被盗、火灾、被骗等而造成暂时生活困难者；

（二）平时有高消费行为者，抽烟、酗酒、铺张消费者；

（三）学习不求上进、有两门（含两门）以上必修课课程挂科；

（四）受警告以上处分者；

（五）对于弄虚作假骗取困难补助的学生，一经发现，立即令其退还补助金额，视情节严重给予批评教育或纪律处分。

第六章 附 则

第十一条 本办法自印发之日起施行，授权学生工作部负责解释。

第十二条 原《福建卫生职业技术学院学生困难补助实施细则（修订）》（闽卫院学〔2021〕39号）同时废止。

福建卫生职业技术学院学生临时困难补助申请表

姓名		性别		所属学院（系）、 班级	
学号		身份证号		本人建行卡号	
家庭地址				家长及本人 联系电话	
家庭情况	（包括家庭总人口、主要成员基本情况、家庭年收入情况等）				
申请补助原因	（证明材料另附）				
辅导员意见	签章： 年 月 日		学院 （系） 意见	签章： 年 月 日	
学工部意见	签章： 年 月 日		校领导 意见	签章： 年 月 日	

办理流程：填写困难补助申请表→班级民主评议，辅导员签署意见→学院（系）审核同意，报学生工作部资助管理中心审核→分管领导审批后，学工部收齐相关资料报财务处→财务处通过学生银行卡发放补助金。

福建卫生职业技术学院贫困学生返乡路费补贴申请表

姓名		性别		所属学院（系）、 班级	
学号		身份证号		本人建行卡号	
家庭地址				家长及本人 联系电话	
家庭情况	（包括家庭总人口、主要成员基本情况、家庭年收入情况等）				
申请补助原因	（证明材料另附）				
辅导员意见	签章： 年 月 日		学院 （系） 意见	签章： 年 月 日	
学工意见	签章： 年 月 日				

办理流程：本人填写申请表→辅导员签署意见→学院（系）审核同意，学院（系）填写汇总表盖章后报学生工作部资助管理中心审核→分管领导审批后，学工部收齐相关资料报财务处→财务处通过学生银行卡发放补助金。

福建卫生职业技术学院实习生住宿补贴申请表

学生基本情况	姓 名		性 别		民 族		学 号	
	学院(系)			身份证号				
	班 级			移动电话				
	家庭地址							
	贫困类型 (选一项)	☐ 困难 ☐ 特别困难		实习单位				
				实习期间 住宿地址				
	补贴拨付帐户(建行卡户名应为本人)							
	开 户 行			银行账号				

申请理由	申请人(签字): _____ 年 月 日		
------	----------------------------	--	--

班级意见	签章 年 月 日	学院 (系) 意见	经审核, 该生申报情况属实, 经公示无异议, 同意申领住宿补 贴。(公示日期为 月 日至 月 日) 签章 年 月 日
------	-----------------------	---------------------	--

学工意见	签章 年 月 日
------	-------------------

福建卫生职业技术学院毕业生求职补贴申请表

学生基本情况	姓 名		性 别		民 族		学 号	
	学院（系）			身份证号				
	班 级			移动电话				
	家庭地址							
	贫困类型 (选一项)	☐ 低 保 ☐ 残 疾 ☐ 脱贫家庭、脱贫不稳定家庭、边缘易致贫家庭等家庭		发证单位				
				证书编号				
	求职补贴拨付帐户(建行卡户名应为本人)							
开 户 行			银行账号					
学生申请	本人以上填报情况属实，申请领取求职补贴 2000 元，请予批准。 申请人（签字）：_____ 年 月 日							
班级意见			学院（系） 意见					
学校意见	经审核，该生申报情况属实，经公示无异议，同意申领求职补贴。 (公示期为 月 日至 月 日) 签章 年 月 日							

福建卫生职业技术学院专项医疗补助申请表

申请项目：☐ 住院医疗补助 ☐ 特殊病种一次性补助 （每次仅选一项）

学生 本人 填写	所在学院（系）		建行 卡号		班级	
	姓 名		性别		学号	
	家庭所在地		籍贯		联系电话	
	是否参保	☐ 学校组织的大学生医疗保险 ☐ 非学校组织的其他医疗保险（含商业保险） ☐ 未参加任何医疗保险				
	就诊医院		疾病诊断			
	申请学生 特殊病种 补助填写	申请特殊病种一次性补助金： 元				
	申请学生 住院医疗 补助填写	已补助情况： 年 月享受过特殊病种一次性补助： 元； 当年度已享受住院医疗补助： 元。				
住院时间： 年 月 日 至 年 月 日						
本次住院支付情况： 住院总费用： 学生自付金额： 学生签名： 年 月 日						
学 院 (系) 填 写	审 核 意 见	（申请特殊病种一次性补助时，学院（系）可根据学生病情、家庭经济困难程度等因素，提出拟定补助金额） 经学院（系）研究，拟定给予该生补助金 元。 负责人签名（公章）： 年 月 日				
辅导员意见		学生工作部意见		分管校领导意见		
经审查，以上情况属实，核定给予该生补助金： 元。 负责（经办）人签名： 年 月 日		负责人签名（公章）： 年 月 日		签名： 年 月 日		
备注：1.住院医疗补助提交该申请表须同时提供病历、发票原件及复印件、住院费用清单等。 2. 特殊病种一次性补助提交该申请表须同时提供三级甲等医院病历和病种有效证明。						

