

新疆维吾尔自治区 红十字会办公室文件

新红办〔2023〕11号

关于印发《新疆维吾尔自治区红十字会 遗体（眼角膜）和人体器官捐献人道救助金 管理办法（试行）》的通知

各地、州、市红十字会，机关各部室、直属事业单位：

《新疆维吾尔自治区红十字会遗体（眼角膜）和人体器官捐献人道救助金管理办法（试行）》经自治区红十字会党组会审议通过，现予以印发，请遵照执行。

附件：1. 新疆维吾尔自治区红十字会遗体（眼角膜）和人体
器官捐献人道救助金管理办法（试行）

2. 新疆维吾尔自治区红十字会人体器官捐献者家属人道救助申请表
3. 新疆维吾尔自治区红十字会遗体（眼角膜）捐献者家属人道慰问申请表

新疆维吾尔自治区红十字会办公室

2023年12月29日



附件 1

新疆维吾尔自治区红十字会遗体（眼角膜） 和人体器官捐献人道救助金管理办法（试行）

第一条 公民逝世后自愿无偿捐献遗体（眼角膜）和人体器官，是挽救终末期器官衰竭患者生命，服务医学科学发展的大爱善举，彰显社会文明进步。为加强和规范新疆维吾尔自治区红十字会遗体（眼角膜）和人体器官捐献人道救助金（以下简称“人道救助金”）筹集、管理和使用，根据《中华人民共和国红十字会法》《中华人民共和国公益事业捐赠法》《人体器官捐献和移植条例》等法律法规及《国务院关于促进红十字事业发展的意见》等有关规定，制定本办法。

第二条 人道救助金是自治区红十字会为推动遗体（眼角膜）和人体器官捐献事业发展而设立，依法筹集、管理、使用，用于对遗体（眼角膜）和人体器官捐献者家属的人道救助，进一步弘扬遗体（眼角膜）和人体器官捐献的大爱无私奉献精神，传播遗体（眼角膜）和人体器官捐献理念，倡导社会文明新风尚，推动遗体（眼角膜）和人体器官捐献事业健康发展。

本办法所称人体器官捐献，是指自愿无偿提供具有特定生理功能的心脏、肺脏、肝脏、肾脏、胰腺或者小肠等人体器官的全部或者部分用于移植的活动。

本办法所称遗体捐献，是指自然人生前自愿表示在死亡后，由其执行人将遗体的全部或者部分捐献给医学科学事业的行为。或生前未表示是否捐献意愿的自然人死亡后，由其配偶、成年子女、父母将遗体的全部或者部分捐献给医学科学事业的行为。

本办法所称眼角膜捐献，是指自然人生前自愿表示在死亡后，由其执行人将眼角膜用于移植或者捐献给医学科学事业的行为。或生前未表示是否捐献意愿的自然人死亡后，由其配偶、成年子女、父母将眼角膜用于移植或者捐献给医学科学事业的行为。

第三条 人道救助金来源

- （一）自治区财政专项资金；
- （二）自治区人体器官获取组织（OPO）捐赠；
- （三）国内外法人、自然人和企业捐赠；
- （四）专项筹资活动及合作项目募集；
- （五）资金增值收益；
- （六）其他合法收入。

第四条 捐赠者捐赠的资金到账后，可向自治区红十字会领取公益事业捐赠统一票据，并有权查询、监督捐赠资金使用情况。

第五条 非货币形式捐赠，除捐赠者指定用途外，自治区红十字会可以对捐赠物品进行义卖或公开拍卖，所得款项计入人道救助金中统一管理和使用。

第六条 人道救助金的使用范围

（一）人道救助经费：使用于对遗体（眼角膜）和人体器官捐献者家属的人道救助、人道关怀及对捐献行为的激励褒扬；

（二）事业发展经费：使用于为推动遗体（眼角膜）和人体器官捐献事业发展而开展的相关工作；

（三）工作运行经费：使用于自治区红十字会人体器官捐献管理机构在组织实施捐献工作而产生的必要支出。

第七条 人道救助经费的救助原则、范围、标准及程序

（一）救助原则

1. 统一救助原则。自治区红十字会统一负责对全区遗体（眼角膜）和人体器官捐献者家属开展人道救助工作。

2. 人道主义原则。捐献者的捐献意愿是本着自愿、无偿、利他原则，出于人道主义而作出的，与获得救助本身无关。

3. 主动申请原则。捐献者家属（配偶、父母、成年子女和其他直系亲属或法定监护人）按照本办法规定，自愿向自治区红十字会人体器官捐献管理机构提出救助申请。

4. 一次性救助原则。除捐赠者定向指定救助对象外，每个捐献者家庭只安排一次救助。

5. 审核评估原则。对于人体器官捐献者家属的人道救助申请，建立三级审核评估制度，分别由完成捐献见证的协调员、自治区红十字会人体器官捐献管理机构、自治区红十字会党组会进行审核评估后，按程序实施人道救助。对遗体（眼角膜）捐献者家属的人道慰问申请，由自治区红十字会人体器官捐献管理机构审核后，按程序实施人道慰问。

（二）救助范围及标准

1. 对人体器官捐献者家属的人道救助主要包含人道慰问金、赡养补助费、抚养补助费、丧务补助费。

人道慰问金：用于对捐献者家属的人道慰问，包含对自愿无偿提出捐献意愿并实施捐献的捐献者家属为人类健康事业所做贡献的褒扬及激励，标准为六万元。

赡养补助费：用于对捐献者父母的赡养补助，标准为一万元。

抚养补助费：用于对捐献者未成年子女或已年满 18 周岁但仍在本科及以下学校就读子女的抚养补助，标准为一万元。

丧务补助费：用于对捐献者丧务相关费用的补助，标准为一万元。

2. 对遗体捐献者家属给予人道慰问，标准为五千元。

3. 对角膜捐献者家属给予人道慰问，标准为五千元。

（三）救助程序

1. 人体器官捐献者家属的人道救助程序：捐献实现后，器官捐献者家属自愿向自治区红十字会人体器官捐献管理机构提交《新疆维吾尔自治区红十字会人体器官捐献者家属人道救助申请表》（表1）、捐献者死亡证明、器官捐献证明、申请人有效身份证明等相关材料。经人体器官捐献管理机构审核救助方案，提出审核意见，并提交党组会研究同意后，由自治区红十字会财务部门按照救助方案执行。

2. 遗体（眼角膜）捐献者家属的人道救助程序：捐献实现后，遗体（眼角膜）捐献者家属自愿向自治区红十字会人体器官捐献管理机构提交《新疆维吾尔自治区红十字会遗体（眼角膜）捐献者家属人道慰问申请表》（表2）、捐献者死亡证明、遗体（眼角膜）捐献证明、遗体接收站、眼组织库确认和电子文档信息、申请人有效身份证明等相关材料，经人体器官捐献管理机构审核慰问方案后，由自治区红十字会财务部门按程序执行。

第八条 事业发展经费的适用范围及使用程序

（一）适用范围

1. 遗体（眼角膜）和人体器官捐献的宣传动员、缅怀纪念；
2. 遗体（眼角膜）和人体器官捐献组织网络、信息化平台、捐献者资料数据库建立和维护；
3. 全区人体器官捐献协调员、志愿者队伍建设、业务培训和组织管理；

4. 举办人体器官捐献相关各类会议、学术活动、经验交流和总结表彰等活动。

（二）使用程序

该部分经费根据人道救助金不同资金来源，结合工作任务特点，年初制定年度经费使用计划，具体按照自治区红十字会财务管理规定执行。

第九条 工作运行经费的适用范围及使用程序

（一）适用范围

1. 对实现器官捐献案例的医疗机构及其相关科室信息员的捐献通讯补助、案例评估费，按 800 元/案例执行；

2. 在“5·8”世界红十字日、清明节等重要节点，对捐献者家属及典型人物开展走访慰问活动时的必要支出；

3. 因工作需要临时招募志愿服务人员产生的劳务费或购买保险、误餐补助等费用；

4. 开展捐献服务工作过程中产生的相关支出。

（二）使用程序

该部分经费根据工作需要据实列支，按照自治区红十字会财务管理规定执行。

第十条 对遗体（眼角膜）和人体器官捐献者家属的人道救助情况定期向社会公布，并依法接受相关部门和社会监督。

第十一条 人道救助金使用范围不得超出本办法第六条规定的范围，不得用于任何形式的经营性投资和关联方交易。

第十二条 本办法由新疆维吾尔自治区红十字会负责解释。

第十三条 本办法自 2024 年 1 月 1 日起施行。《新疆维吾尔自治区人体器官捐献博爱基金管理办法》同时废止。

附件 2

新疆维吾尔自治区红十字会人体器官捐献者家属

人道救助申请表（表 1）

器官捐献者基本信息							
姓 名		性别		民族		年龄	
身份证号			户籍地址				
现 住 址			工作单位				
婚姻状况	未婚 ☐ 已婚 ☐ 离异 ☐ 丧偶 ☐				职业		
捐献日期			捐献医院				
捐献器官	肝脏 ☐ 肾脏 ☐ 心脏 ☐ 肺脏 ☐ 胰腺 ☐ 小肠 ☐ 眼角膜 ☐ 其它 ☐						
器官捐献者家庭成员基本信息							
姓 名	民族	身份证号		与捐献者关系		联系电话	
器官捐献者家庭指定收款人（受托人）基本信息							
姓 名			身份证号				
户籍地址			现 住 址				
开户银行			银行卡号				
家庭关系		手机号		签字（手印）			

器官捐献者家庭成员声明	
声 明	我们郑重声明：作为人体器官捐献者家庭成员，已知悉人体器官捐献相关法律法规，经协商一致同意并完全代表捐献者作出逝世后无偿捐献人体器官的决定。我们协商后现向新疆维吾尔自治区红十字会提出人道救助申请，保证所填写信息准确无误，家庭成员之间关于人道救助金分配或使用上无任何异议，一致同意将人道救助金汇至我们所指定的收款人（受托人）_____账户。 家庭成员签字（手印）： 年 月 日
救助方案	人道慰问金____万元、赡养补助费____万元、抚养补助费____万元、丧务补助费____万元，共计____万元。 大写：_____万元整。
新疆人体器官捐献管理中心意见	
协调员 初审意见	协调员 1：_____ 年 月 日 协调员 2：_____ 年 月 日
人体器官 管理中心 审核意见	本中心同意按照《新疆维吾尔自治区红十字会遗体（眼角膜）和人体器官捐献人道救助金管理办法》救助原则和标准提供人道救助。 负责人签字：_____ 年 月 日

注：需提供器官捐献者家庭指定收款人（受托人）有效身份证明复印件、银行卡复印件、与捐献者关系证明（户口簿或出生证、结婚证）等。

附件 3

新疆维吾尔自治区红十字会遗体(眼角膜)捐献者家属 人道慰问申请表(表 2)

遗体(眼角膜)捐献者基本信息							
姓 名		性别		民族		年龄	
身份证号			户籍地址				
现 住 址			工作单位				
婚姻状况	未婚 ☐ 已婚 ☐ 离异 ☐ 丧偶 ☐				职业		
捐献时间			接收单位				
捐献类别	遗体 ☐ 眼角膜 ☐						
遗体(眼角膜)捐献者家庭成员基本信息							
姓 名	民族	身份证号		与捐献者关系		联系电话	
遗体(眼角膜)捐献者家庭指定收款人(受托人)基本信息							
姓 名			身份证号				
户籍地址			现 住 址				
开户银行			银行卡号				
家庭关系		手机号		签字(手印)			

遗体（眼角膜）捐献者家庭成员声明	
声 明	我们郑重声明：作为遗体（眼角膜）捐献者家庭成员，已知悉遗体（眼角膜）捐献相关法律法规，经协商一致同意并完全代表捐献者作出逝世后无偿捐献遗体（眼角膜）的决定。我们协商后现向新疆维吾尔自治区红十字会提出人道慰问申请，保证所填写信息准确无误，家庭成员之间关于人道慰问金分配或使用上无任何异议，一致同意将人道慰问金汇至我们所指定的收款人（受托人）_____账户。 家庭成员签字（手印）： 年 月 日
慰问方案	人道慰问金： <u>5000.00 元</u> ，大写： <u>伍仟元整</u> 。
见证人员	遗体接收站人员签字：_____ 年 月 日 眼 库 人 员 签 字：_____ 年 月 日
人体器官管理中心审核意见	本中心同意按照《新疆维吾尔自治区红十字会遗体（眼角膜）和人体器官捐献人道救助金管理办法》救助原则和标准提供人道慰问。 负责人签字：_____ 年 月 日

注：需提供捐献者家庭指定收款人（受托人）有效身份证明复印件、银行卡复印件、与捐献者关系证明（户口簿或出生证、结婚证）等。

新疆维吾尔自治区红十字会办公室 2023 年 12 月 29 日印发
