

松江区红十字会博爱救助项目受助者跟踪反馈机制工作方案

一、实施目的

通过建立项目受助者跟踪反馈工作机制，全面了解掌握项目落实情况和帮扶人群受助后的境况，以有效给予他们长期关注和持续帮扶，为项目规范有序长效开展积累有益经验。

二、实施内容

针对以下红十字博爱救助项目建立跟踪反馈机制：

（一）每月提供救助物品的项目

1. 社区困难重度失智老人关怀服务项目
2. “守护尊严”——社区困难重度失能老人关怀服务项目

目

（二）每年一次性帮困慰问的项目

1. “红十字千万人帮万家”迎春帮困项目
2. “心有所依”——计划生育特殊家庭关怀项目
3. 居家麻风病致残者救助项目
4. “让爱走近小天使”六一大病儿童慰问项目
5. “夕阳留辉”——遗体（角膜）捐献人文关怀项目

（三）困难群众遭受意外（因病致贫）申请红十字帮困的项目

1. 爱心行动百姓救助项目
2. 明旸法师帮困助学项目
3. 火灾救助项目

4. “生的希望”造血干细胞移植救助项目

三、实施要求

（一）电话随访

区红十字会、街道（镇）红十字会定期对辖区内博爱救助项目的受助对象家庭进行电话随访（结合满意度调查），了解项目救助款发放和救助物品使用情况。

对每月提供救助物品的项目，街道（镇）红十字会每年完成电话随访数要求达到项目受助人人数占比 100%，并填写“电话随访工作记录表和汇总表”，区红十字会每年完成电话随访抽查数要求达到项目受助人人数占比 10%以上。

对每年一次性帮困慰问项目（心有所依、让爱走近小天使等涉及隐私的项目除外）在项目实施完成后的六个月内，街道（镇）红十字会上交签收表单，原则上，街道（镇）红十字会每年完成电话随访数要求达到项目受助人人数占比 70%，并填写“电话随访工作记录表和汇总表”。区红十字会完成电话随访抽查数要求达到项目受助人人数占比 10%，或每个项目电话回访不低于 50 人，如果该项目受助人人数低于 50 人的，要求回访全覆盖。

对困难群众遭受意外（因病致贫）申请红十字帮困的项目，区红十字会完成电话随访数要求达到项目受助人人数占比 50%。街道（镇）红十字会每年完成电话随访数要求达到项目受助人人数占比 100%，并填写“电话随访工作记录表和汇总表”。

（二）问卷调查

区红十字会每年第四季度对社区困难重度失智老人关怀服务项目、“守护尊严”——社区困难重度失能老人关怀服务项目开展问卷调查，街道（镇）红十字会完成问卷调查数要求达到项目受助人数量占比 50%；项目受助人数量低于 50 人的，问卷调查数要求达到项目受助人数量占比 100%。（考虑到保护受助人隐私和尊严，调查问卷可委托红十字志愿者或居（村）委红十字条线干部完成）

（三）入户走访

区红十字会根据项目开展的实际情况，每年组织对上述三类项目受助对象适时进行入户调研走访，街道（镇）红十字会调研走访人（户）数要求达到项目受助人数量占比 10%，并填写“调研走访工作记录表和汇总表”。

各级红十字会在做好项目跟踪反馈工作时，应注意对受助人尊严和隐私的保护，真正彰显“人道、博爱、奉献”的红十字精神。

- 附件：1、红十字博爱救助项目受助者电话随访工作记录表
2、红十字博爱救助项目受助者电话随访工作记录汇总表
3、红十字博爱救助项目受助者调研走访工作记录表
4、红十字博爱救助项目受助者调研走访工作记录汇总表
5、社区困难重度失智老人关怀服务项目满意度问卷

调查表

6、社区困难重度失智老人关怀服务项目问卷调查结果汇总表

7、社区困难重度失能老人关怀服务项目满意度问卷调查表

8、社区困难重度失能老人关怀服务项目问卷调查结果汇总表

附件 1

红十字博爱救助项目受助者电话随访工作记录表

街道 (镇)		村(居)		填报人		电访 时间		被访问人	
救助项目	☐ 失智项目 ☐ 失能项目 ☐ 红十字千万人帮万家 ☐ 居家麻风病致残救助项目 ☐ 夕阳留辉 ☐ 爱心行动 ☐ 明旸法师 ☐ 火灾救助			受助人				与受助人 关系	☐ 本人 ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 亲属
受助人 身份证				受助人居 住地址				联系电话	
电访情 况(发 现问 题)概 述									

附件 2

红十字博爱救助项目受助者电话随访工作记录汇总表

序号	街镇	村（居）	救助项目	受助人	身份证	居住地址	联系电话	被访人	与受助人关系	填报人	电访时间	发现问题

附件 3

红十字博爱救助项目受助者调研走访工作记录表

街道（镇）		村（居）		填报人		调研日期		被走访人	
救助项目	☐ 失智项目 ☐ 失能项目 ☐ 红十字千万人帮万家 ☐ 心有所依 ☐ 居家麻风病致残者救助项目 ☐ 让爱走进小天使 ☐ 夕阳留辉 ☐ 爱心行动 ☐ 明旸法师 ☐ 火灾救助			受助人				被走访人与受助人关系	☐ 本人 ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 亲属
受助人身份证				受助人居住地址				联系电话	

调研情况 (发现问题) 概述	
------------------------------	--

附件 4

红十字博爱救助项目受助者调研走访工作记录汇总表

序号	街镇	村(居)	救助项目	受助人	身份证	居住地址	联系电话	被访问人	与受助人关系	填报人	调研日期	发现问题

附件 5

“社区困难重度失智老人关怀服务项目” 满意度问卷调查表

问卷编号_____

访问说明:

调查表中“患者”即指接受“失智老人关怀服务”项目的失智老人。调查对象为患者监护人或同住人。

所在街道(镇): _____村(居): _____患者姓名: _____

大小便失禁: _____年

家庭地址: _____ 家庭/其他联系

电话: _____

访问人: _____; 访问日期: ____年____月____日; 开始时间____时____分;

结束时间____时____分

见面辞:

您好, 我受松江区红十字会委托, 就红十字会为老服务项目进行调研。我想请您花几分钟时间回答一些问题好吗? 谢谢!

1. 请问患者获取护理物品的途径是? 【单选】

A、自行去领取 B、居委会或志愿者发放 C、宅配送入户 D、其他(请注明: _____)

2. 那么您认为最好的途径是? 【单选】

A、自行去领取 B、居委会或志愿者发放 C、宅配送入户 D、其他(请注明: _____)

3. 本项目每月提供的护理用品使用情况？【单选】

A、全部使用 B、使用一半 C、未使用

4. 目前使用的护理用品尺寸大小，长短是否合身？

A、合身 B、偏小、偏短 C、偏大、偏长

5. 使用护理用品时，是否出现质量问题？

A、没有问题 B、有问题：-----

6. 您是否知道“失智老人关怀服务”项目是由松江区红十字会负责实施的？

A、是 B、否

7. 您是否接受过红十字会志愿者上门探望等服务？

A、是 B、否

8. 您对红十字会“失智老人关怀服务”项目是否满意？【单选】

A、非常满意 B、基本满意 C、不满意

9. 请问陪护人员是否愿意参加老年护理相关培训？

A、是 B、否 理由：_____

10. 为了提升“失智老人关怀服务”项目服务，请问您有哪些方面更好的建议？

附件 6

社区困难重度失智老人关怀服务项目问卷调查结果汇总表

_____街道（镇）红十字会 成功入户访问：_____人 未使用护理用品：_____人

序号	问题	回答	人数	占全部受访者的百分比
1	获取护理物品的途径	自行去领取		
		居委会或志愿者发放		
		宅配送入户		
		其他		
2	认为获取护理物品的最好途径	自行去领取		
		居委会或志愿者发放		
		宅配送入户		
		其他		
3	本项目每月提供的护理用品使用情况	全部使用		
		使用一半		
		未使用		
4	目前使用的护理用品尺寸大小，长短时候合身	合身		
		偏小、偏短		
		偏长、偏大		
5	使用护理用品时，是否出现质量问题	是		
		否		
6	是否知道“失智老人关怀服务”项目是由松江区红十字会负责实施的	是		
		否		
7	是否接受过红十字会志愿者上门探望等服务	是		
		否		
8	对“失智老人关怀服务”项目是否满意	满意		
		基本满意		
		不满意		
9	请问陪护人员是否愿意参加老年护理相关培训	是		
		否		
10	是否对“失能老人关怀服务”项目有意见或建议	有		
		无		

备注：此表一式两份盖章，一份上交区红十字会，一份街镇存档。

附件 7

“社区困难重度失能老人关怀服务项目” 满意度问卷调查表

问卷编号_____

访问说明:

调查表中“患者”即指接受“失能老人关怀服务”项目的失能老人。调查对象为患者监护人或同住人。

所在街道(镇): _____村(居): _____患者姓名: _____

大小便失禁: _____年

家庭地址: _____ 家庭/其他联系

电话: _____

访问人: _____; 访问日期: ____年____月____日; 开始时间____时____分;

结束时间____时____分

见面辞:

您好, 我受松江区红十字会委托, 就红十字会为老服务项目进行调研。我想请您花几分钟时间回答一些问题好吗? 谢谢!

1. 请问患者获取护理物品的途径是? 【单选】

A、自行去领取 B、居委会或志愿者发放 C、宅配送入户 D、其他(请注明: _____)

2. 那么您认为最好的途径是? 【单选】

A、自行去领取 B、居委会或志愿者发放 C、宅配送入户 D、其他(请注明: _____)

3. 本项目每月提供的护理用品使用情况？【单选】

A、全部使用 B、使用一半 C、未使用

4. 目前使用的护理用品尺寸大小，长短是否合身？

A、合身 B、偏小、偏短 C、偏大、偏长

5. 使用护理用品时，是否出现质量问题？

A、没有问题 B、有问题：-----

6. 您是否知道“失能老人关怀服务”项目是由松江区红十字会负责实施的？

A、是 B、否

7. 您是否接受过红十字会志愿者上门探望等服务？

A、是 B、否

8. 您对红十字会“失能老人关怀服务”项目是否满意？【单选】

A、非常满意 B、基本满意 C、不满意

9. 请问陪护人员是否愿意参加老年护理相关培训？

A、是 B、否 理由：_____

10. 为了提升“失能老人关怀服务”项目服务，请问您有哪些方面更好的建议？

附件 8

社区困难重度失能老人关怀服务项目问卷调查结果汇总表

_____街道（镇）红十字会 成功入户访问：_____人 未使用护理用品：_____人

序号	问题	回答	人数	占全部受访者的百分比
1	获取护理物品的途径	自行去领取		
		居委会或志愿者发放		
		宅配送入户		
		其他		
2	认为获取护理物品的最好途径	自行去领取		
		居委会或志愿者发放		
		宅配送入户		
		其他		
3	本项目每月提供的护理用品使用情况	全部使用		
		使用一半		
		未使用		
4	目前使用的护理用品尺寸大小，长短时候合身	合身		
		偏小、偏短		
		偏长、偏大		
5	使用护理用品时，是否出现质量问题	是		
		否		
6	是否知道“失能老人关怀服务”项目是由松江区红十字会负责实施的	是		
		否		
7	是否接受过红十字会志愿者上门探望等服务	是		
		否		
8	对“失能老人关怀服务”项目是否满意	满意		
		基本满意		
		不满意		
9	请问陪护人员是否愿意参加老年护理相关培训	是		
		否		
10	是否对“失能老人关怀服务”项目有意见或建议	有		
		无		

备注：此表一式两份盖章，一份上交区红十字会，一份街镇存档。