附件3

**中国人口福利基金会**

**医心守护儿童成长公益项目合作协议**

甲方：中国人口福利基金会

乙方：

为了落实“儿科和精神卫生服务年”有关安排，围绕“2025年全系统为民服务八件实事”工作要求，进一步扩大儿科医疗服务供给，增强儿科服务能力，改善儿科医疗服务，发挥甲、乙双方优势，构建有利于患者治疗的支持体系，甲、乙两方经友好协商达成本协议，共同遵照执行。

**第一条** **合作内容**

1.合作期限：医务社工到乙方正式报到之日起，至医务社工在乙方服务满壹年后终止。

2.甲方已经通过公开招标选定项目服务单位（以下简称“服务单位”）为有需要的医院（儿科及相关科室）提供医务社会工作服务。

甲方同意乙方申请，由服务单位指派一名医务社工在乙方院内开展医务社会工作，服务费用由甲方支付给服务单位。

3.乙方负责为医务社工提供服务场所、评测医务社工服务结果等工作。

**第二条 医务社工的服务内容**

面向儿科及相关科室有关人群提供心理-社会支持、社会资源整合、医患关系调适、社区健康服务等医务社工服务，以此支持儿科发展。

乙方要支持医务社工在岗工作，支持其完成上述工作内容，包含但不限于：协助组织线下/线上科普宣教活动（每月各2场）、慢性病患者随访等。

乙方不得要求医务社工提供上述服务内容以外的服务。

**第三条 医务社工管理**

1. 为保证服务质量，由服务单位对派出的所有医务社工进行培训和考核，并对医务社工进行管理。乙方在医务社工报到后应及时对医务社工进行乙方医院相关管理制度与各项纪律、安全保障等的培训。如果医务社工出现违反乙方医院相关纪律和制度的情况，乙方可以向甲方投诉。甲方将通知服务单位进行处理。

2、医务社工在社工服务过程中，在本协议第二条约定的服务内容范围内，因服务单位或社工本身过错导致的第三方财产损失或人身伤害，由服务单位自行负责解决和处理，并承担所有的相关费用和责任。医务社工若发生伤亡事故，如果事故责任者为服务单位或者医务社工，由服务单位做好事故的全部善后处理工作，甲方不直接或间接面对伤亡者及其家属或处理相关事宜。服务单位承担因为事故的善后处理不当而给甲方及其他合作方造成的经济损失及相关的法律责任。因乙方原因导致的财产损失或人身伤害，由乙方依法承担相应责任并负责解决和处理。

3、乙方应每双月对医务社工服务情况填写信息反馈表并提交甲方。乙方每双月20日前通过电子邮件形式提交信息反馈表。

甲方电子信箱：wangsichen@cpwf.org.cn

乙方电子信箱：

**第四条** 如遇到敏感问题，须依法依规妥善处理，舆情信息双方共享，密切关注事态发展，及时传递和沟通信息。根据舆情发展情况，统一对外答问口径，由甲方及时对外发布准确信息，主动回应社会关注的问题，确保公众的知情权并正确引导。

**第五条 协议变更与终止**

1.本协议达成的任何条款，经甲、乙双方协商一致可以书面形式修改或变更。

2.甲、乙双方约定，发生下列情况之一，本协议终止履行：

（1）本协议规定的合作期限届满；

（2）甲、乙双方通过书面协议一致同意解除本协议；

（3）任何一方严重违反本协议，并在守约方发出书面通知之日起5天内仍未予以补救，则守约方有权解除本协议；此种情形，并不免除有过错违约方应负的违约责任。

**第六条 违约责任**

本协议任何一方有违约行为的，应赔偿其他方因该违约行为导致的任何损失、损害、责任、成本或支出，包括但不限于合理的诉讼/仲裁费用和律师费。

**第七条** **联系方式**

1.根据本协议发出的通知、信函、同意书、批准或其它通讯文件（以下简称“通知”）应由发出方盖章并通过如下一种或多种方式送达至接收方：

（1）通过挂号邮寄、邮政特快专递、快递等方式寄送至接收方地址；

（2）通过传真传送至接收方的传真号码，并且传送该通知的传真机应给出该通知已完全发送的报告；

（3）通过电子邮件形式发送至联系人的电子信箱。

2.各方的联系信息如下：

甲方

地址：北京市海淀区大慧寺路12号

联系人：王思臣

联系电话：17832266620

电子信箱：wangsichen@cpwf.org.cn

乙方

地址：

联系人：

联系电话：

电子信箱：

3.任何一方的以上联系信息发生变化的，应当在发生变化后的1个工作日内按照要求通知对方。

4.双方联系信息亦为司法送达之有效方式。

**第八条** 本协议在履行过程中发生的争议，由双方协商解决；协商不成的，向甲方住所地人民法院起诉。

**第九条** 本协议未尽事宜由双方另行协商，商定的内容以补充协议形式确定。本协议附件是本协议不可分割的组成部分，与本协议具有同等效力。

**第十条** 本协议经甲乙双方盖章，法定代表人或授权代表签名后生效。本协议一式四份，甲方执二份，乙方执二份，具同等法律效力。

（以下无正文）甲方：中国人口福利基金会授权代表（签名）：日期： 乙方： 法定代表人或授权代表（签名）：日期：