

# 大通区 2021 年困难残疾人康复实施办法

（征求意见稿）

为改善困难残疾人医疗康复状况，着力提高困难残疾人社会保障和服务水平，根据省残联等六部门《关于印发 2021 年〈困难残疾人康复实施办法〉的通知》（皖残联〔2021〕9 号）、《淮南市人民政府关于建立残疾儿童康复救助制度的实施意见》（淮府〔2019〕8 号）和《淮南市人民政府关于 2021 年实施 33 项民生工程的通知》（淮府〔2021〕14 号）的工作部署，草拟本办法。

## 一、困难精神残疾人药费补助项目

### （一）目标任务

2021 年，为全区 282 名困难精神残疾人提供药费补助，补助经费专项用于精神残疾人治疗精神疾病的药费补助，提倡使用治疗精神疾病的第二代药物。

### （二）补助标准

按每人每年 1000 元标准补助。根据《淮南市人民政府 2021 年困难残疾人康复实施办法》有关规定，所需经费由省级财政与市、区财政按 8:2 分担，省级补助部分，由省财政通过转移支付方式拨付至市、区财政部门，市级承担部分由市与区按 7:3 分担，扩面所需资金，由区财政全部承担。

由区残联审核、统计汇总补助对象基本情况，并报区财政部门复核后，由区财政部门负责将补助资金打卡发放至补助对象在金融机构开设的银行账户，并注明“残补”或“精补”。

### （三）项目管理

**第一条** 残疾人本人或监护人，持第二代残疾人证（精神残疾类别）、低保证（扶贫手册）或乡镇（街道）出具的困难证明、精神病门诊或住院治疗病历等证明（其中应有当年或上一年度的诊疗记录）、银行卡（惠民直达）等材料，于5月30日前到户籍所在乡镇（街道）残联提出申请，填写《贫困精神残疾人药费补助审批表》（以下简称审批表），并在监护人承诺栏签名，同时提交相关材料复印件。

1.残疾人证（精神残疾类别）；

2.精神病门诊或住院治疗病历等证明材料，其中应有当年或上一年度的诊疗记录。

对个别有肇事肇祸倾向或行为、影响社会安定，经医院鉴定后确系贫困精神障碍患者而本人不愿意申办残疾证的，由医院出具诊断证明、监护人申请、乡镇（街道）及以上残联审核，应予纳入精神残疾人药费补助范围，其相关申请、审批证明等资料应专项收集管理。

**第二条** 乡镇（街道）残联应在7个工作日内完成对补助对象年度审核工作，在其《审批表》上签署审核意见（包括签上审核人姓名、审核时间、加盖公章），同时将补助对象

基础信息和补助情况及时录入《残疾人精准康复系统》，然后将全部符合条件补助对象的《审批表》、《汇总表》和相关材料一并报区残联审批。

**第三条** 区残联接到乡镇（街道）申报材料后，应在 6 月 15 日前完成对本区申报材料的审批工作，在其《审批表》上签署审批意见（包括签上审核人姓名、审核时间、加盖公章）。困难精神残疾人药费补助项目实行动态管理，区残联负责基础信息数据库的日常管理及有关报送工作。

**第四条** 区残联要在区政府统一领导下，明确任务，落实责任，坚持制度衔接，接受社会监督，使真正困难的精神残疾人得到药费补助。各地应当结合实际，优先考虑将录入公安机关全国重度精神病人信息管理系统的困难精神残疾人纳入补助范围。

**第五条** 区残联和财政部门要用好、管好项目资金，专款专用。对弄虚作假、违反资金使用规定或挤占、挪用项目资金的单位及个人，将追究责任。各级公安、民政、卫健等部门要充分发挥本部门职能，协助项目的实施，确保符合条件的对象得到救助。

**第六条** 区残联及相关部门要重视做好宣传发动工作，切实提高项目实施知晓率、满意度。通过各种媒体宣传党和政府对广大精神残疾人的关爱，宣传典型受助对象医治康复事

例，动员社会对残疾人康复工作给予更多的支持，努力营造扶残助残的良好社会氛围。

## 二、残疾儿童康复救助项目

### （一）目标任务

2021年，为全区32名0至14周岁（2007年1月1日后出生，含1月1日，下同）的听力、言语、肢体、智力等残疾儿童和孤独症儿童提供康复训练救助；为2名0至14周岁的残疾儿童适配假肢矫形器提供救助，为3名0至14周岁的残疾儿童适配其他辅具提供救助。

### （二）补助标准

#### 省民生工程项目

（1）残疾儿童康复训练补助标准为15000元/人/年，任务内部分，省财政给予每人每年7200元补助，资金不足部分，市与区按7:3比例分担；超出任务部分所需经费市辖区由市与各区按7:3分担。

（2）残疾儿童适配假肢矫形器每人补助5000元，适配辅具每人补助1500元，包含产品（材料）购置、评估、制作、服务费等，所需经费由省级财政统筹安排。

### （三）申请程序

**第一条** 儿童康复训练年龄至14周岁，大通区户籍，经有医疗机构诊所断确、有康复训练需求、身体状况稳定、家庭成员配合的残疾儿童。

**第二条** 监护人持有效残疾人证、残疾儿童本人照片等，于**6月15日**前到区残联提出申请，填写相应的《申请表》一式**4份**，彩照**4张**；同时提供相关材料（复印件）各**4份**。

- 1.有效残疾人证；
- 2.残疾儿童康复救助项目安置（转送）考核表；
- 3.残疾儿童康复救助项目安置协议。

#### （四）资金拨付

1.残疾儿童康复训练项目经费，由市财政按照各县（区）承担的任务数、各区实际超任务数、市区分担比例和补助标准等，分批次拨付至区财政部门。儿童假肢矫形器和其他辅具，由市残联统一组织实施，经费由市残联拨付至相关服务供应单位。

2.残疾儿童康复训练项目经费由区残联向同级财政部门申报，依据当地残疾儿童康复救助制度相关规定执行，按照政府购买服务资金支付的要求落实。对于部分中途申请和退出的儿童，若当年康复时间不足**10个月**，可于结算时按月结清当年费用，第二年重新计算。

3.在定点医疗康复机构进行康复的，所发生的费用符合当地城乡居民基本医疗保险报销目录的按规定报销。

4.残疾儿童康复救助项目资金实行专款专用，可统筹用于残疾儿童康复训练、矫形器和辅具适配等。各级残联和康

复定点机构可结合实际情况，适当增加残疾儿童在训期间的生活补贴，以减轻残疾儿童家庭负担。

#### （五）项目管理

1.残疾儿童康复救助项目实行动态监管。救助对象基础信息和康复情况应及时录入全国残联信息化服务平台中的“儿童康复救助”中，区残联负责基础信息数据库的日常管理及有关报送工作，应于6月30日前完成数据录入工作。

2.区残联要根据《安徽省残疾儿童康复救助定点机构康复服务协议管理办法（试行）》和市级有关文件要求，加强定点康复机构准入、退出等监管，结合政府购买服务的相关要求，对定点机构加强服务监督与协议管理，对服务协议履行情况进行考核验收，规范残疾儿童康复救助服务。优先将符合条件的民政部门设立儿童福利机构纳入当地残联定点康复机构。

区残联要与辖区内定点机构签订康复服务协议，双方按协议规定承担各自责任与义务。残联组织和定点机构要严格遵循协议约定，认真履行服务协议。加强风险防控，提高服务质量。要督促定点机构依据省残联关于残疾人康复民生工程和精准康复服务有关文件要求，提高责任意识，强化服务意识，改善服务条件，优化服务流程，为残疾儿童提供质优价廉、规范便捷的康复服务，提高服务对象满意度。

3.在选择定点康复机构和转介安置工作中，区残联要尊重残疾儿童监护人的意愿，方便其根据工作和生活需要选择符合条件的定点机构进行康复训练。

4.要确保残疾儿童真实在训，杜绝名下无人、空占救助名额套取项目资金。残疾儿童因病（事）终止康复训练7个工作日以上，定点康复机构应及时向属地残联备案；救助对象无故中途终止康复训练或无故半个月未归者，即视为自动放弃，机构应在事发后10个工作日内报告其户籍所在区残联，并及时查询督查复训或安排替补。

5.定点机构须与每位在训残疾儿童监护人签订康复安置协议，明确双方责任和义务，按照康复训练技术规范和质量标准，保障在训儿童训练时间，不断提高训练质量和训练效果。区残联要高度重视安全管理工作，定期组织相关部门对定点机构进行安全管理工作检查。

6.定点机构应当按照《关于规范全省残疾儿童康复档案使用管理的通知》（皖康复办〔2017〕12号）要求，建立规范的残疾儿童康复档案，实行一人一档管理，档案的保管期限不少于服务协议期满后五年，定点机构应当保护残疾儿童及其监护人的个人信息。

7.残疾儿童辅具适配、假肢矫形器制作由市残联组织各县（区）残联统一实施。

8.区残联以适当方式公示受助对象基本情况，主动接受社会监督。

9.区残联应当会同教体、民政、卫生健康、市场监管等部门加强监督，对违反残疾儿童康复救助制度及服务协议约定的定点机构，应视情况，责令其限期改正，暂停、取消其资格，或按有关规定纳入社会信用体系黑名单，予以信用惩戒；对违反其他法律法规和政策规定的，由相关部门依法依规处理。

康复民生工程是残疾人精准康复服务行动和残疾儿童康复救助制度落实中的重点工作，要聚焦残疾人康复需求，强化基本康复保障，提高精准调度和科学监督水平。省残联将采取聘请第三方机构和日常督查考评等方式进行全省残疾人康复工作绩效评价。

本办法由区残联、区财政局负责解释。

- 附件：1. 困难精神残疾人药费补助审批表
2. 困难精神残疾人药费补助汇总表
3. 残疾儿童康复救助项目安置（转送）考核表
4. 残疾儿童康复救助项目安置协议
5. 大通区 2021 年实施困难残疾人康复民生工程工作领导小组成员名单



附件 1

## 困难精神残疾人药费补助审批表

\_\_\_\_\_县（市、区） \_\_\_\_\_乡镇（街道） \_\_\_\_\_村（社区）

姓名		性别		残疾证号	
经济状况	<input type="checkbox"/> 1.低保户 <input type="checkbox"/> 2.家庭经济困难				
医保情况	<input type="checkbox"/> 1.城乡居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 2.其他医疗保险 <input type="checkbox"/> 3.无医疗保险				
银行帐号或一卡通号	开户行： 帐号：				
监护人姓名		与患者关系		联系电话	
监护人承诺	一、保证药费补助金按规定使用； 二、监护病情，督促病人按时服药、体检和复查； 三、自觉履行监护职责，接受社会各界监督。 监护人签名： 年 月 日				
乡镇(街道)残联意见	审核人：公章 年 月 日				
县（市、区）残联审批意见	审核人：公章				

	年 月 日
--	-------

注:本表由县(市、区)残联存档。

## 附件 2

# 困难精神残疾人药费补助汇总表

\_\_\_\_\_ 县 ( 市 、 区 ) \_\_\_\_\_ 乡 镇 ( 街  
道 ) \_\_\_\_\_ 年 月 日

序号	姓名	性别	残疾证号	监护人姓名	家庭住址	联系电话
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

## 附件 3

# 残疾儿童康复救助项目安置(转送)考核表

淮南市\_\_\_\_\_县（区）

儿童姓名		性别		残疾类别	
残疾人证 或身份证号					
家长（监护人） 姓名		身份证号			
联系电话					
安置申请	申请前（转）往_____定点机构接受_____（类别） 康复训练。  申请人（监护人）签字：_____年 月 日				
儿童户籍地 市或县级残联 意见	同意转送安置。   签字（公章） _____年 月 日				
计划康复 起止日期	_____年 月至 _____年 月				
实际康复 训练时间	_____年 月 至 _____年 月	康复效果 机构自评	<input type="checkbox"/> 显效 <input type="checkbox"/> 有效 <input type="checkbox"/> 一般		
机构意见	_____   定点机构（签章） _____年 月 日				
机构所在地残 联组织专家考 核评估意见	_____   签章： _____年 月 日				

附件 4

## 残疾儿童康复救助项目安置协议

为加强残疾儿童康复救助项目管理，确保项目顺利实施，项目定点机构与受助儿童监护人订立以下协议：

### 一、 定点机构职责和义务

- 1.确保在训儿童机构受训期间的安全。
- 2.确保对受助儿童按实施办法规定的时间（次数）进行训练。
- 3.确保受助儿童康复质量符合有关评估标准。

### 二、 受助儿童监护人职责和义务

- 1.不随意更换定点机构或中断康复训练。
- 2.按项目规定时间（次数）接送受助儿童。
- 3.配合机构开展家庭康复训练，提高康复质量。

定点机构负责人签字：            受助儿童监护人签字：

年 月 日

年 月 日

附件 5

**大通区 2021 年实施困难残疾人康复**

# 民生工程工作领导小组成员名单

鉴于人事变动和工作需要，经区政府同意，现将大通区实施困难残疾人康复民生工程工作领导小组成员调整如下：

组 长：陈光熨（区政府副区长）

成 员：唐根生（区政府办公室主任、扶贫办主任）

方玉芝（区残联理事长）

姚冬梅（区教体局局长）

王 燕（区卫健委主任）

王 捷（区财政局局长）

孙家德（区民政局局长）

王 莉（上窑镇二级主任科员）

杨 山（洛河镇副镇长）

官中利（九龙岗镇党委委员、副镇长）

隗丹丹（孔店乡党委委员、副乡长）

朱宝俊（大通街道党工委委员）

领导小组办公室设在区残联，方玉芝同志兼任办公室主任，领导小组成员因工作调整或者职务变动的，由继任者履行成员职务，不再另行行文。