

关于印发 2020 年《霍邱县贫困残疾人 康复实施办法》的通知

各乡镇人民政府、开发区管委会、县政府有关部门、直属单位：

现将《2020 年霍邱县贫困残疾人康复实施办法》印发给你们，请结合实际，认真贯彻执行。

县 残 联

县 教 育 局

县 公 安 局

县 民 政 局

县 财 政 局

县 卫 健 委

2020 年 4 月 16 日

2020 年霍邱县贫困残疾人康复实施办法

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《关于印发 2020 年〈贫困残疾人康复实施办法〉的通知》（皖残联〔2020〕1 号）、《六安市“十三五”加快残疾人小康进程规划纲要》（六政〔2017〕32 号）、《六安市人民政府关于切实贯彻安徽省人民政府建立残疾儿童康复救助制度实施意见的通知》（六政秘〔2018〕410 号）和《关于印发 2020 年〈六安市贫困残疾人康复实施办法〉的通知》（六市残联〔2020〕1 号）及县委、县政府关于实施 33 项民生工程的部署，制定本办法。

一、贫困精神残疾人药费补助

（一）目标任务

2020 年，继续为全县 3263 名贫困精神残疾人提供药费补助（其中：省级补助 1884 名，市级补助 858 名，县级补助 521 名），并优先对低保户和建档立卡贫困户中新增持精神残疾人证的救助对象，县级实行扩面补助。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

补助对象每人每年 1000 元：其中：省级目标任务所需经费由省级财政与县财政按 8:2 分担；市级目标任务所需经费由市级财政与县财政按 8:2 分担。补助资金，由省、市财政通过转移支付方式拨付至县财政部门；县级补助所需经费由

县财政自行解决。

县残联负责审核、统计汇总补助对象基本情况，并报县财政局复核后，由县残联负责通过安徽财政惠农补贴资金管理发放系统，将补助资金打卡发放至补助对象提供的“一卡通”银行账户，并注明“精残药补”。

(三) 项目管理

贫困精神残疾人药费补助项目实行动态管理。补助对象基础信息和补助情况应及时录入“残疾人精准康复系统”和“六安市民生工程信息管理平台”，县残联负责基础信息数据库的日常管理及有关报送工作。

各乡镇、开发区残联须对上一年度受助对象进行年审，对不符合救助条件的及时调整。继续保留救助的，需重点核对救助对象监护人的电话号码及一卡通帐号等基本信息。

新增补助对象，需本人或其监护人向户籍所在地乡镇(开发区)残联提出申请，填写《贫困精神残疾人药费补助申请审批表》及项目知情书，同时出具以下证明材料：

1、第二代残疾人证复印件（精神残疾类别、多重残疾类别的要有精神残疾类别反映）。

2、低保户出具低保证复印件，建档立卡贫困户由乡镇人民政府(开发区管委会)出具贫困证明。

3、当年(2020年)或上年度(2019年)精神病专科医院门诊或住院治疗病历、出院小结等证明材料(病历必须有当年或上一年度的诊疗记录，复印件需加章)。

4、一卡通银行存折复印件

市级扩面救助人员为贫困重度精神残疾人，享受补助项目人员需提供二级及以上精神残疾类别残疾人证、精神病门诊或住院治疗病历等证明材料、低保证或乡镇(开发区)出具的贫困证明。

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办理残疾人证的，由医院出具诊断证明、监护人申请、乡镇(开发区)及县残联审核，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。

(四) 实施要求

1. 各乡镇、开发区残联要在当地党委政府领导下，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。应结合各地实际，优先将录入公安机关全国重性精神病人信息管理系统的贫困精神残疾人纳入补助范围，并实现全覆盖。

2. 县残联和县财政部门要用好、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。县公安、民政、卫生健康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。

3. 各乡镇、开发区残联等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

（一）目标任务

2020 年，为 193 名已安装辅助器具的听障、脑瘫、智障、孤独症儿童提供康复训练；为 34 名肢体残疾儿童装配假肢矫形器和适配辅具。国家项目任务目标，待其方案确定后及时下达。

（二）补助标准

结合我县贯彻残疾儿童康复救助制度意见内容，对残疾儿童康复训练作如下安排：

1. 听力、言语、肢体、智力等残疾儿童和孤独症儿童康复训练补助标准为每人每年 15000 元，训练时间不少于 10 个月。根据省级文件明确的所需经费由省、市、县分担，儿童康复训练补助资金筹集按以下标准分担：省级财政补助每人每年 7200 元，市级财政补助每人每年 4800 元，县财政补助每人每年 3000 元。

2. 视力残疾儿童康复训练补助标准为 1000 元，康复训练时间不少于 2 个月，由市和县财政按照 2:8 比例承担。

3. 适配假肢矫形器的残疾儿童每人补助 5000 元。其中零部件及材料费占 60%，制作费（诊断评估、制作和适应性训练）占 40%；适配辅具的残疾儿童每人补助 1500 元，其中产品购置费占 90%，评估适配费（残疾现状评估、辅助器具适配、家长培训、适配教材等）占 10%。所需经费由省级财政统筹安排。

（三）资金管理

1、残疾儿童康复救助训练、适配假肢矫形器和其他辅具等项目经费，由市财政按照各县区承担的任务数及补助标准，结合省级财政分担情况，通过专项转移支付方式拨付至各县区财政部门。

2、残疾儿童康复救助项目经费原则上应待项目完成后，由县残联向县财政部门申报，按规定程序予以支付。其中：康复训练费用直接支付至定点康复训练机构，辅具安装及验配等服务费用直接支付至相关服务供应单位。为加快资金拨付进度，缓解机构运营困难，可根据实际情况，在保证残疾儿童康复项目顺利实施的前提下，采取项目初期预拨、项目结束评审、适时调整结算的方式拨付资金。

3、在定点医疗康复机构进行康复的，医疗和康复训练费用符合当地城镇居民医疗或新型农村合作医疗保险报销项目的应由医疗保险报销，以补充康复训练经费不足部分。

4、残疾儿童康复救助项目资金实行专款专用，县残联要及时将专项资金补助情况登记造册，并将补助对象名单、家庭详细住址、联系方式、补助标准等基本情况采取合适的方法进行公布，主动接受社会监督。

（四）项目管理

1、救助儿童信息管理

残疾儿童康复救助项目申报审批实行实时动态管理。救助对象基础信息和康复情况应及时录入“残疾儿童康复救助综合管理平台系统”和“六安市民生工程信息管理平台”，

县残联负责基础信息数据库的日常管理并上报。同时，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）文件要求，规范定点机构档案管理。

2、受助对象管理

（1）残疾儿童监护人每年须向县残联提出申请（业务联系人：朱晨燕，咨询电话：6080820 2717298），县残联根据乡镇、开发区推荐情况和残疾儿童监护人的申请，综合考虑残疾儿童家庭实际情况和申请的先后顺序，安排残疾儿童接受康复项目，超龄残疾儿童和监护人不配合残疾儿童正常接受康复训练的，不再予以安排。

（2）县残联要切实发挥县残疾儿童定点康复机构安全管理工作领导小组的作用，按照《关于加强残疾儿童康复定点机构安全管理工作的意见》（皖康复办〔2016〕10号）和《关于进一步加强残疾儿童康复定点机构安全管理工作的意见》（六市残联〔2017〕22号），每季度定期组织相关部门对县内定点康复机构进行安全管理工作检查，对检查出的隐患限时整改，及时上报。

（3）在选择机构和转介安置工作中，县残联要尊重残疾儿童家庭的意愿，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。如发现随意更换定点机构或中断康复训练的情况，所产生的康复费用由残疾儿童家庭自行承担。

（4）残疾儿童进入定点康复机构进行康复训练的，均应填写《残疾儿童康复救助项目安置（转送）考核表》（附

后)，残疾儿童在完成规定时间的康复训练并经专家组考核评估合格后，持《残疾儿童康复救助项目安置（转送）考核表》返回县残联，经县残联确认后，康复机构统一向县残联申请康复训练经费，然后由县财政将训练经费划拨至定点机构。

（5）在训儿童监护人每月就通过微信、电话、手机短信等形式，定期向县残联反馈受训儿童在机构的训练情况，县残联工作人员要做好记录，适时做好跟踪问访、排忧解难等服务工作。

（6）残疾儿童辅具适配、假肢矫形器制作，由县残联按照项目要求按时完成，并做好《残疾儿童辅助器具适配项目申请审批表》、《辅具评估表》和《矫形器处方表》等档案、资料收集存档工作。

3、定点机构管理

（1）县定点康复机构要严格依据《关于加强残疾人康复民生工程管理和精准康复服务有关工作的通知》（皖康复办〔2017〕6号）、《关于重申残疾儿童康复定点机构规范要求和动态管理的通知》（皖康复办〔2015〕14号）、《关于开展对残疾儿童康复项目定点机构检查评价的通知》（皖康复办〔2015〕16号）等文件提出的要求和康复训练技术规范及质量标准，对救助对象严格按照规范开展康复训练，确保在训儿童训练时间、训练质量、训练效果。

（2）县定点康复机构须与每位在训儿童监护人签订康复安置协议，明确双方责任和义务。同时，还要与县残联签

订《2020年残疾儿童康复项目定点康复训练机构目标责任书》，促进服务质量改善，加强风险防控。

（3）定点康复机构必须严格按照实施办法规定的救助对象和救助标准使用救助资金，不得收取救助对象的任何康复训练费用。

（4）定点康复机构要确保残疾儿童真实在训，严禁名下无人、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县残联备案；救助对象无故中途中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个工作日内通报县残联及时查询或安排替补。县残联若发现定点康复机构名下无人、空占救助名额套取项目资金，或在资金使用上弄虚作假和在康复训练上不能保证时间质量的，县残联将不予机构结算相关费用，并将建议上级残联取消机构的“定点”资格。

三、贫困残疾人康复项目实施要求

1、各乡镇、开发区及相关职能部门要在县政府统一领导下，明确任务，落实责任，明确专人负责，建立相关制度，严把救助条件，接受社会监督，使真正困难的残疾人得到康复救助。

2、县财政局、县残联要用好、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。县公安、民政、卫计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。

3、各乡镇、开发区及县残联要做好政策宣传工作，切实提高贫困残疾人康复项目实施知晓率、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。

4、县残联积极配合由省、市残联聘请的第三方机构，做好年度康复民生工程的质量评估督查工作。

附件：

- 1、2020 年贫困精神残疾人药费补助指导任务分配表；
- 2、2020 年贫困精神残疾人药费补助申请审批表及项目知情书；
- 3、贫困精神残疾人药费补助年审表（2020 年）
- 4、贫困精神残疾人药费补助对象贫困证明；
- 5、贫困精神残疾人药费补助表（新增）；
- 6、残疾儿童康复救助项目安置（转送）考核表；
- 7、残疾儿童康复救助项目安置协议；
- 8、聋儿（助听器）康复救助申请审批；
- 9、脑瘫儿童筛查和康复救助审批表；
- 10、智力残疾儿童筛查和康复救助审批表；
- 11、孤独症儿童康复救助申请审批表；
- 12、残疾儿童（辅助器具适配）康复救助项目申请审批表。

2020 年贫困精神残疾人药费补助指导任务分配表

乡镇	2019 年完成 救助人数	2020 年计划任务数				
		合计	省市补助任务数 小计	省补助 任务	市补助 任务	县扩面补 助任务
城关镇	311	317	280	206	74	37
河口镇	62	67	55	31	24	12
长集镇	50	59	50	28	22	9
户胡镇	124	129	93	58	35	36
石店镇	139	144	117	91	26	27
马店镇	43	48	30	20	10	18
周集镇	180	185	160	110	50	25
临水镇	103	108	95	84	11	13
孟集镇	126	131	111	102	9	20
新店镇	254	259	226	170	56	33
花园镇	94	99	91	78	13	8
乌龙镇	146	151	123	81	42	28
高塘镇	67	72	35	12	23	37
曹庙镇	82	87	81	46	35	6
众兴集镇	73	78	62	38	24	16
夏店镇	71	76	69	51	18	7
岔路镇	82	87	76	49	27	11
龙潭镇	106	111	85	72	13	26
白莲乡	95	100	64	46	18	36
邵岗乡	111	116	66	33	33	50
冯井镇	105	110	80	51	29	30
范桥镇	49	54	35	24	11	19
王截流乡	64	69	48	26	22	21
城西湖乡	143	148	115	62	53	33
临淮岗乡	69	74	62	40	22	12
宋店乡	118	123	87	61	26	36
三流乡	78	83	68	63	5	15
潘集镇	91	96	90	65	25	6
冯瓴乡	94	99	80	29	51	19
彭塔乡	106	111	88	47	41	23
开发区	27	29	20	10	10	9
合计	3263	3420	2742	1884	858	678

2020 年贫困精神残疾人药费补助申请审批表

霍邱县_____乡（镇、开发区）_____村（社区）

姓名		性别		残疾证号	
经济状况	1. 低保户 ☐ 2. 家庭经济困难 ☐				
医保情况	1. 城镇居民医疗保险 ☐ 2. 新型农村合作医疗 ☐ 3. 民政医疗救助 ☐ 4. 其他医疗保险 ☐ 5. 无医疗保险 ☐				
银行帐号或一卡通号	开户行：霍邱农村商业银行 帐户名： 帐 号（一卡通号）：				
监护人姓名		与患者关系		联系电话	
监护人知情与承诺	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、提供手机联系电话真实，自觉履行监护职责，接受社会各界监督。 监护人签名：_____ 联系电话：_____ 年 月 日				
乡镇(开发区)残联意见	审核人：_____ 公 章 _____ 年 月 日				
县残联审批意见	审核人：_____ 公 章 _____ 年 月 日				

注：本表由县残联存档。

贫困精神残疾人药费补助项目知情书

尊敬的精神残疾人及亲友:

为进一步改善贫困精神残疾人的基本医疗康复状况,使其得到及时治疗,促进康复,2020年,县委、县政府继续将贫困精神残疾人药费补助列入惠残民生工程一项重要内容,由县、乡两级残联组织实施。

一、项目任务

2020年,为全县3420名贫困精神残疾人每人每年提供1000元的药费补助。资金由省财政、县财政按8:2比例统一安排解决。

二、补助对象

补助对象必须同时符合以下条件:

1、常年服用精神病治疗药物的精神残疾人;2、拥有我县户籍并持有精神类别残疾人证和低保证或乡镇人民政府出具贫困证明的精神残疾人。

三、审批程序

补助对象本人或其监护人向户籍所在地乡镇或开发区残联提出申请,填写《贫困精神残疾人药费补助申请审批表及项目知情书》,同时出具以下证明材料:1、持有精神残疾人证的服药精神残疾人(多重残疾类别的要有精神残疾类别反映);2、低保证或乡镇人民政府出具的贫困证明;3、当年或上一年度受助人在资质精神病医院治疗的门诊或住院治疗病历等诊断证明材料;4、精神残疾人家庭户主或本人“一卡通”存折复印件。

四、资金拨付

县财政部门对县残联提供的审核汇总材料进行复核后,通过“安徽财政惠农补贴资金管理发放系统”,直接将补助资金打卡发放至补助对象“一卡通”账户。

上述内容不明事项,可致电6081012咨询,联系人:张从元

监护人承诺: 我已阅知项目知情书,并履行审批表监护人承诺事项。

监护人签名:

手机号码:

贫困精神残疾人药费补助年审表（2020 年）

霍邱 县 乡（镇、开发区） 村（社区）

姓名		性别		残疾证号	
经济状况	1. 低保户 ☐ 2. 家庭经济困难 ☐				
医保情况	1. 城镇居民医疗保险 ☐ 2. 新型农村合作医疗 ☐ 3. 民政医疗救助 ☐ 4. 其他医疗保险 ☐ 5. 无医疗保险 ☐				
银行帐号或一卡通号	开户行：霍邱农村商业银行 帐户名： 帐 号（一卡通号）：				
监护人姓名		与患者关系		联系电话	
监护人知情与承诺	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、提供手机联系电话真实，自觉履行监护职责，接受社会各界监督。 监护人签名：_____ 联系电话：_____ 年 月 日				
乡镇(开发区)残联年审意见	审核人：_____ 公 章 _____ 年 月 日				
县残联年审审批意见	审核人：_____ 公 章 _____ 年 月 日				

注：本表由县残联存档。

贫困精神残疾人药费补助对象 贫困证明

县残联：

兹证明 为我县 乡（镇） 村
（社区）村（居）民，因患精神疾病，家庭为其治疗，常
年负债，为贫困户家庭。

特此证明

村委会（社区居委会）

乡、镇人民政府（盖章）

2020 年 月 日

贫困精神残疾人药费补助汇总表（新增）

乡镇人民政府（盖章）

年 月 日

序号	姓名	残疾证号	性别	家庭住址	家庭经济状况	账号名	一卡通账号	监护人姓名	联系电话	备注

乡镇分管领导：

经办人：

残疾儿童康复救助项目安置（转送）考核表

市_____县(市、区)_____乡镇（街道）_____村（社区）

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_____定点机构接受训练。 申请人（监护人）签字：_____年 月 日				
儿童户籍地 市残联意见	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	☐ 显效 ☐ 有效 ☐ 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				

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：

年 月 日

受助儿童监护人签字：

年 月 日

聋儿（助听器）康复救助申请审批表

儿童姓名		性别		民族		出生年月	
儿童身份证号							
监护人姓名		工作单位				与儿童关系	
监护人身份证号							
联系电话	宅电		家庭住址			邮编	
	手机		通讯地址			邮编	
听力损失及康复情况	发现耳聋月龄：_____ 是否有家族耳聋史： ☐ 无 ☐ 有 与儿童关系_____ 平均听力损失：左耳____dB HL 右耳____dB HL 助听器配戴： ☐ 否 ☐ 是（开始配戴时间：__岁__个月） 配戴耳： ☐ 左 ☐ 右 目前康复状态： ☐ 机构康复 ☐ 家庭康复 ☐ 未接受康复 接受救助后家庭中是否有专人陪伴康复： ☐ 无 ☐ 有 与儿童关系____						
家庭经济状况	☐ 家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线 ☐ 家庭经济困难						
享受医疗保险情况	☐ 享受城镇居民基本医疗 ☐ 享受新型农村合作医疗 ☐ 享受医疗救助 ☐ 享受其他保险 ☐ 无医疗保险					户口类别	☐ 农业户 ☐ 非农业户
监护人申请	申请人： 年 月 日						
社区、村委会意见	审核人： 公 章 年 月 日						
县（区）残联审批意见	审核人： 公 章 年 月 日			市残联审批意见	审核人： 公 章 年 月 日		

说明：此表由终审部门留存，定点康复机构复印备案。

脑瘫儿童筛查和康复救助审批表

儿童姓名		性 别		民 族		出生年月	
儿童身份证号		监护人姓名		工作单位			
家庭住址			邮政编码		联系电话		
脑瘫类型	☐ 痉挛型 ☐ 手足徐动型 ☐ 共济失调 ☐ 弛缓型 ☐ 混合型						
是否伴有其他残疾	☐ 视力 ☐ 智力 ☐ 听力 ☐ 言语 ☐ 精神						
家庭经济状况	☐ 家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线 ☐ 家庭经济困难			户口类别	☐ 农业户口 ☐ 非农业户口		
享受医疗保险情况	☐ 享受城镇居民基本医疗 ☐ 享受新型农村合作医疗 ☐ 享受医疗救助 ☐ 享受其他保险 ☐ 无医疗保险						
监护人申请	申请人： 年 月 日						
乡镇（街道） 残联意见	审核人： 公 章 年 月 日						
县（区） 残联审批意见	审核人： 公 章 年 月 日		市残联 审批意见		审核人： 公 章 年 月 日		

填表说明：由乡镇（街道）残联组织填写，报县（市、区）残联审核后，报省残疾人康复工作办公室审核备案。

智力残疾儿童筛查和康复救助审批表

儿童姓名		性别		民族		免冠照片
儿童身份证号			监护人姓名			
家庭住址			联系电话			
儿童发育商	☐ ≤25 ☐ ≤26-39 ☐ ≤40-54 ☐ ≤55-75					
是否伴有其他 残疾	☐ 视力 ☐ 听力 ☐ 智力 ☐ 言语 ☐ 精神					
家庭经济状况	☐ 家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线 ☐ 家庭经济困难				户口 类别	☐ 农业户 ☐ 非农业户
监护人申请	申请人： 年 月 日					
乡镇（街道） 残联意见	审核人： 公 章 年 月 日					
县（市、区） 残联意见	审核人： 公 章 年 月 日					
市残联意见	审核人： 公 章 年 月 日					

填表说明：由乡镇（街道）残联组织填写，报县（市、区）残联审核后，报省残疾人康复工作办公室审核备案。

孤独症儿童康复救助申请审批表

填表人：

审核人：

填表日期：

儿童姓名		性 别	☐ 男 ☐ 女		一寸 免冠照片
出生日期	年 月 日	民 族	☐ 汉族 ☐ 少数民族		
儿童身份证号		诊断机构		诊断结果	
家长姓名		与儿童关系			
联系方式	宅电/手机				
通讯地址					
家庭经济状况	☐ 家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线 ☐ 家庭经济困难				
享受医疗保险情况	☐ 享受城镇居民基本医疗保险 ☐ 享受新型农村合作医疗 ☐ 享受医疗救助 ☐ 享受其他保险 ☐ 无医疗保险				
申请的定点康复机构名称					
监护人申请	申请人： 年 月 日				
社区（居、村）委会意见	审核人： 公 章 年 月 日				
县（区）残联审批意见	审核人： 公 章 年 月 日		市残联 审 批 意 见	审核人： 公 章 年 月 日	

注：1、此表由孤独症儿童的法定监护人填写，一式三份，一份存入定点康复机构受助儿童档案，一份由项目地区残联留存备查，一份交省残联备案。受助儿童监护人身份证复印件、家庭收入证明及诊断机构诊断证明由项目地区残联留存备查。

2、项目地区残联是指承担项目任务的康复机构所在地残联。

残疾儿童辅助器具适配项目申请审批表

儿童姓名					性别	男 ☐ 女 ☐				民族					
身份证号															
家庭住址											联系电话				
监护人姓名			工作单位												
经济状况	☐ 家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线 ☐ 家庭经济困难										户口类别	☐ 农业户口 ☐ 非农业户口			
残疾状况	☐ 偏瘫 ☐ 截瘫 ☐ 脑瘫 ☐ 截肢 ☐ 其它														
辅助器具需求情况	序号	产品名称及数量													
监护人申请															
县（市、区） 残联复筛 意见															

填表单位（公章）：

填写人：

填写日期：

说明：此表由市残联专家评估组指导救助儿童监护人填写，经居委会（村委会）公示，县（市、区）残联审核并存档备查，用√在□符合项中标出。