

2021 年霍邱县困难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 2021 年〈困难残疾人康复实施办法〉的通知》（皖残联〔2021〕9 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 2021 年〈六安市困难残疾人康复实施办法〉的通知》（六市残联〔2021〕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、困难精神残疾人药费补助

（一）目标任务

2021 年，为全县 4243 名困难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 1501 名），并优先对低保户和建档立卡脱贫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

困难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《困难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，困难户由乡镇人民政府（开发区管委会）出具困难证明。

3、当年（2021年）或上年度（2020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，复印件需加盖公章）。

4、一卡通银行存折复印件

对个别有肇事肇祸倾向或行为、影响社会安定，经医院鉴定后确系困难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。

二、残疾儿童康复救助

(一) 目标任务

2021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名肢体残疾儿童适配假肢矫形器或其他辅具提供救助。国家项目任务目标，待其方案确定后及时下达。同时，依据《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）文件，对符合救助条件的我县户籍残疾儿童扩面提供康复救助，确保残疾儿童康复救助全覆盖。

(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. 残疾儿童假肢矫形器适配补助和辅助器具适配租赁补贴，按照《六安市残疾儿童辅助器具适配补贴实施办法（试行）》执行，所需经费由省级财政补助，具体补贴办法另行下达。

（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。假肢矫形器适配补助和辅具适配租赁补贴，按照《六安市残疾儿童辅助器具适配补贴实施办法（试行）》执行。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，可统筹用于残疾儿童康复训练、矫形器和辅具适配等。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、根据《六安市残疾儿童康复救助定点机构康复服务协议管理实施细则（试行）》要求，加强定点康复机构的准入、退出等监管，同时结合政府购买服务的相关要求，对辖区内定点康复机构加强服务监督与协议管理，建立定期检查、综合评估机制，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。

2、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），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。

3、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“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及报送工作。

4、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，依据《关于进一步加强残疾儿童定点康复机构安全管理工作的意见》（六市残联〔2017〕22号）要求，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。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，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，定点康复机构应当保护残疾儿童及其监护人的个人信息。

5、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康复机构进行康复训练。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。

6、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》，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，定点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。

7、在训残疾儿童监护人每月通过微信、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，适时做好跟踪回访、排忧解难等服务工作。

8、残疾儿童假肢矫形器和辅具适配，由县残联按照《六安市残疾儿童辅助器具适配补贴实施办法（试行）》要求按时完成，并做好《残疾儿童辅助器具适配项目补贴申请审批

表》、《辅具评估表》和《矫形器处方表》等档案、资料收集存档工作。

9、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。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。

10、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。

11、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，并及时查询督促复训或安排替补。县残联若发现定点康复机构或工作人员弄虚作假、开具假证明、假票据等虚假凭证，套取康复补助资金的，由县残联责令其改正，追回套取资金，永久取消其定点机构服务资格。

三、困难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、卫健、教育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，切实提高困难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、2021年困难精神残疾人药费补助指导任务分配表；
- 2、困难精神残疾人药费补助审批表；
- 3、困难精神残疾人药费补助年审表（2021年）；
- 4、困难证明；
- 5、申报困难精神残疾人药费补助统计表（新增）；
- 6、困难精神残疾人药费补助汇总表（年审）；

- 7、取消困难精神残疾人药费补助人员统计表；
- 8、残疾儿童康复救助项目安置（转送）考核表；
- 9、残疾儿童康复救助项目安置协议；
- 10、聋儿（助听器）康复救助申请审批表；
- 11、脑瘫儿童筛查和康复救助审批表；
- 12、智力残疾儿童筛查和康复救助审批表；
- 13、孤独症儿童康复救助申请审批表；
- 14、残疾儿童辅助器具适配项目补贴申请审批表。

附件 1

2021 年困难精神残疾人药费补助指导任务分配表

乡镇	2021 年计划任务数			
	合计	2020 年救助人数	今年县拟扩面 补助任务	2021 年新增摸底人数（其中 53 人列入动态调整）
城关镇	359	322	37	37
河口镇	85	69	16	16
长集镇	76	68	8	8
户胡镇	187	135	52	54
石店镇	158	150	8	12
马店镇	79	56	23	23
周集镇	281	227	54	61
临水镇	116	104	12	17
孟集镇	155	133	22	23
新店镇	291	276	15	20
花园镇	128	97	31	33
乌龙镇	170	166	4	6
高塘镇	137	125	12	13
曹庙镇	95	89	6	6
众兴集镇	109	94	15	19
夏店镇	84	77	7	7

岔路镇	92	86	6	6
龙潭镇	124	116	8	8
白莲乡	121	105	16	16
邵岗乡	161	135	26	30
冯井镇	122	115	7	8
范桥镇	82	69	13	13
王截流乡	87	79	8	11
城西湖乡	196	168	28	30
临淮岗乡	84	77	7	9
宋店乡	132	119	13	13
三流乡	114	84	30	32
潘集镇	128	101	27	29
冯瓠乡	123	108	15	18
彭塔乡	129	122	7	8
开发区	38	30	8	8
合计	4243	3702	541	594

附件 2

困难精神残疾人药费补助审批表

霍邱县_____乡（镇、开发区）_____村（社区）

姓名		性别		残疾证号	
经济状况	<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. 城乡居民医疗保险 <input type="checkbox"/> 2. 职工医疗保险 <input type="checkbox"/> 3. 其他医疗保险 <input type="checkbox"/> 4. 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	

<p>监护人 知情 与承诺</p>	<p>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。</p> <p>监护人签名： _____ 联系电话： _____ 年 月 日</p>
<p>乡镇(开 发区) 残联年审意 见</p>	<p>审核人： 公 章 年 月 日</p>
<p>县残联 年审审批 意见</p>	<p>审核人： 公 章 年 月 日</p>

注：本表由县残联存档。

附件 4

困难证明

县残联：

兹有_____，男（女），系_____乡（镇、
开发区）_____村（社区）_____村（居）民
组居民，身份证号码_____，

持有精神类残疾人证，因患精神疾病，家庭为其治疗，常年
负债，造成家庭经济状况非常困难。

特此证明

村委会（社区居委会）（盖章）

乡（镇、开发区）人民政府（管委会）（盖章）

年 月 日

附件 5

申报困难精神残疾人药费补助统计表（新增）

_____乡镇人民政府（盖章）

年 月 日

序号	姓名	性别	残疾证人号	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	与患者关系	诊断机构	备注

乡镇分管领导：

经办人：

附件 6

困难精神残疾人药费补助汇总表（年审）

_____ 乡镇人民政府（盖章）

年 月 日

序号	姓名	性别	残疾人号	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	与患者 关系	诊断 机构	备注

填表说明：1、家庭经济状况：①低保户 ②困难户
 2、与患者关系指：①配偶②子女③父母④祖父母⑤外祖父母⑥兄弟姐妹⑦孙子女⑧外孙子女⑨其他（近亲属）
 3、诊断机构：提供精神专科病历的医院名称。

乡镇分管领导：

经办人：

附件 7

取消困难精神残疾人药费补助人员统计表汇总表

_____乡镇人民政府（盖章）

序号	姓名	性别	残疾人号	家庭住址	监护人姓名	联系电话	取消原因

乡镇分管领导：

经办人：

附件 8

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。 <div style="text-align: right;"> 签字（公章） _____年 月 日 </div>				
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				

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

附件 10

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： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（开始配戴时间：__岁__个月） 配戴耳： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 目前康复状态： <input type="checkbox"/> 机构康复 <input type="checkbox"/> 家庭康复 <input type="checkbox"/> 未接受康复 接受救助后家庭中是否有专人陪伴康复： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 与儿童关系____						
家庭经济状况	<input type="checkbox"/> 家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线 <input type="checkbox"/> 家庭经济困难						
享受医疗保险情况	<input type="checkbox"/> 享受城镇居民基本医疗 <input type="checkbox"/> 享受新型农村合作医疗 <input type="checkbox"/> 享受医疗救助 <input type="checkbox"/> 享受其他保险 <input type="checkbox"/> 无医疗保险				户口类别	<input type="checkbox"/> 农业户 <input type="checkbox"/> 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。

附件 11

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	<input type="checkbox"/> 痉挛型 <input type="checkbox"/> 手足徐动型 <input type="checkbox"/> 共济失调 <input type="checkbox"/> 弛缓型 <input type="checkbox"/> 混合型						
是否伴有其他残疾	<input type="checkbox"/> 视力 <input type="checkbox"/> 智力 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 言语 <input type="checkbox"/> 精神						
家庭经济状况	<input type="checkbox"/> 家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线 <input type="checkbox"/> 家庭经济困难			户口类别	<input type="checkbox"/> 农业户口 <input type="checkbox"/> 非农业户口		
享受医疗保险情况	<input type="checkbox"/> 享受城镇居民基本医疗 <input type="checkbox"/> 享受新型农村合作医疗 <input type="checkbox"/> 享受医疗救助 <input type="checkbox"/> 享受其他保险 <input type="checkbox"/> 无医疗保险						
监护人申请	<p style="text-align: right;">申请人： 年 月 日</p>						
乡镇（街道）残联意见	<p style="text-align: right;">审核人： 公 章 年 月 日</p>						
县（区）残联审批意见	<p style="text-align: center;">审核人： 公 章 年 月 日</p>		市残联审批意见		<p style="text-align: center;">审核人： 公 章 年 月 日</p>		

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。

附件 12

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	<input type="checkbox"/> ≤25 <input type="checkbox"/> ≤26-39 <input type="checkbox"/> ≤40-54 <input type="checkbox"/> ≤55-75					
是否伴有其他 残疾	<input type="checkbox"/> 视力 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 智力 <input type="checkbox"/> 言语 <input type="checkbox"/> 精神					
家庭经济状况	<input type="checkbox"/> 家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线 <input type="checkbox"/> 家庭经济困难				户口 类别	<input type="checkbox"/> 农业户 <input type="checkbox"/> 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。

附件 13

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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		一寸 免冠照片
出生日期	年 月 日	民 族	<input type="checkbox"/> 汉族 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线 <input type="checkbox"/> 家庭经济困难				
享受医疗保险情况	<input type="checkbox"/> 享受城镇居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 享受新型农村合作医疗 <input type="checkbox"/> 享受医疗救助 <input type="checkbox"/> 享受其他保险 <input type="checkbox"/> 无医疗保险				
申请的定点康复机构名称					
监护人申请	<p style="text-align: right;">申请人： 年 月 日</p>				
社区（居、村）委会意见	<p style="text-align: right;">审核人： 公 章 年 月 日</p>				
县（区）残联审批意见	<p style="text-align: center;">审核人： 公 章 年 月 日</p>		市残联 审 批 意 见	<p style="text-align: center;">审核人： 公 章 年 月 日</p>	

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。

附件 14

残疾儿童辅助器具适配项目补贴申请审批表

儿童姓名		性别	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/> 家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线 <input type="checkbox"/> 家庭经济困难			户口类别	<input type="checkbox"/> 农业户口 <input type="checkbox"/> 非农业户口
残疾状况	<input type="checkbox"/> 偏瘫 <input type="checkbox"/> 截瘫 <input type="checkbox"/> 脑瘫 <input type="checkbox"/> 截肢 <input type="checkbox"/> 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: 此表由市残联技术组指导救助儿童监护人填写, 县(市、区)残联审核并存档备查, 用√在□符合项中标出。