

安庆市残疾人联合会
安庆市教育体育局
安庆市公安局
安庆市民政局
安庆市财政局
安庆市卫生健康委员会
安庆市扶贫开发工作办公室

文件

宜残联〔2020〕16号

关于印发《2020年安庆市贫困残疾人 康复实施办法》的通知

各县（市、区）残联、教体局、公安局、民政局、财政局、卫健委、扶贫办：

现将《2020年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。

(此页无正文)



2020年4月20日

2020 年安庆市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《贫困残疾人康复实施办法》(皖残联〔2020〕10号)《安庆市“十三五”加快残疾人小康进程规划纲要》(宜政秘〔2017〕46号)《安庆市残疾儿童康复救助办法》(宜政秘〔2018〕195号)《安庆市人民政府关于2020年实施32项民生工程的通知》(宜政发〔2020〕4号)《安庆市残疾人精准康复服务行动实施方案》(宜政办秘〔2017〕6号)制定本实施办法。

一、贫困精神残疾人药费补助

(一) 目标任务

为全市5160名贫困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) 补助对象

补助对象必须同时符合以下条件:(1)拥有我市户籍、持有精神残疾证且常年服用精神病治疗药物;(2)低保户或乡镇(街道)出具困难证明的对象,建档立卡贫困家庭成员优先安排。

同时,对有肇事肇祸倾向或行为,经医院鉴定后确系精神障碍患者而本人不愿意申办残疾证的,应及时纳入精神残疾人药费补助范围。

(三) 资金筹集及补助标准

每人每年1000元,所需经费由省与市县财政按8:2比例分

担。市区承担部分，由市、区财政按照 7:3 的比例分担。省级补助各县（市）的由省财政通过转移支付方式拨付至各县（市）级财政部门，省级补助市区的由市残联会同市财政按照各区任务指标加上市级承担部分拨付各区财政部门。

（四）项目管理

1.对象认定。 贫困精神残疾人药费补助项目实行动态管理。各地残联须对上一年度受助对象进行年审，对已不符合救助条件的应予调整。属于今年新增的补助对象，其本人或其监护人要向户籍所在地乡镇（街道）残联提出申请，同时出具以下证明材料：

（1）残疾人证（精神残疾类别）；（2）低保证或乡镇（街道）出具的困难证明（扶贫手册）；（3）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。

未申办残疾证的严重精神障碍患者，按照“监护人申请”“乡镇（街道）残联初审”“县（市、区）级残联与公安部门联合审定”的程序予以确认。其相关申请、审批证明等资料应专项收集管理。

2.信息管理。 补助对象基础信息和补助情况应及时录入“残疾人精准康复服务信息管理系统”，各地残联负责信息数据库的日常管理并上报。

3.资金发放。 各地残联负责审核、统计汇总补助对象基本情况，并报同级财政部门复核后，由同级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”。

（五）工作要求

1.各级各部门要在党委、政府统一领导下，将贫困精神残疾人药费补助项目作为残疾人精准康复服务的重点项目，明确任务，落实责任，完善机制，务求实效。鼓励各地扩大补助范围、提高补助标准。

2.各地残联、卫生健康等部门要密切配合，按照《安庆市残疾人精准康复服务行动实施方案》要求，积极做好补助对象的需求评估、精准康复等工作，统一规范填写《安庆市残疾人精准康复服务手册》和《贫困精神残疾人药费补助审批表》（附件2）《贫困精神残疾人药费补助汇总表》（附件3）。《贫困精神残疾人药费补助审批表》可由《残疾人精准康复服务补助申请审批表》替代，增加“开户行、账号”等内容。

3.各级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。

4.各级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725名符合条件的残疾儿童提供康复训练救助、60名肢体残疾儿童适配假肢（矫形器）、50名残疾儿童适配辅助器具。

(二) 救助对象

符合《安庆市残疾儿童康复救助办法》（宜政秘〔2018〕195号）第五条要求。

(三) 资金筹集及补助标准

1.康复训练补助标准为每人每年12000元，省财政按每人每年7200元予以补助，不足部分所需经费，由县（市）财政补足。市区承担部分，由市、区财政按照7:3的比例分担。

2.残疾儿童装配假肢（矫形器）及辅具适配项目：为装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%；为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%。此项目所需经费由省级财政安排。

(四) 资金拨付

1.残疾儿童装配假肢（矫形器）及辅具适配项目经费，由省财政通过专项转移支付方式拨付至市县级财政部门。原则上，应待项目完成后，由各县（市、区）残联向同级财政部门申报，按

规定程序支付给相关服务机构。各地应优先选择具备医保定点机构资质的市级以上残疾人精准康复定点机构提供服务。各地自行选定的服务机构须向市残联报备后方可实施。组织实施确有困难的可报请市残联协调。

2. 残疾儿童康复训练救助经费，由省财政通过专项转移支付方式拨付至市县级财政部门。原则上，应待项目完成后，由各县（市、区）残联向同级财政部门申报，按规定程序直接支付至定点康复训练机构。为加快资金拨付进度，缓解机构运营困难，各县（市、区）可根据实际情况，在保证残疾儿童康复训练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乡居民基本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。各定点机构开展残疾儿童康复救助项目不得收取救助对象的任何康复训练费用。各地可结合实际情况，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. 申报审批。

（1）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”，各县（市、区）残联负责基础信息数据库的日常管理和上报。全市所涉救助对象统一填报《安庆市残疾人精准康复服务手册》（儿童版）《残疾人精准康复服务补助申请审批表》《残疾儿童康复救助项目安置（转送）考核表》《残疾儿童康复救助项目安置协议》，由户口所在地县级残联负责审核、批准、留存；各县（市、区）残联每月填报《残疾人精准康复服务工作汇总表（儿童类）》《____县（市、区）残疾儿童康复教育信息统计表》至市残联审核盖章。

（2）残疾儿童康复救助实施流程如下：

六类残疾儿童康复训练。①申请。有训练需求的残疾儿童家长向县（市、区）残联提出申请；②登记。县（市、区）残联组织筛查，将符合条件的儿童进行登记；③审核。县（市、区）残联在儿童康复救助系统中进行审核；④确定服务内容。县（市、区）残联在儿童康复救助系统中确定服务内容；⑤录入结算结果。儿童康复救助系统中录入结算结果后结束服务；⑥资金拨付。县（市、区）残联协调同级财政向相关康复机构据实拨付。

假肢矫形器。①申请。有适配假肢矫形器需求的残疾儿童家长向县级残联提出申请；②审核。县（市、区）残联依据儿童具体情况，对符合要求的儿童在儿童康复救助系统中进行审核；③适配。县（市、区）残联协调辅助器具供应单位，组织假肢（矫形器）的适配并做好评估登记；④录入。县（市、区）残联在儿童康复救助系统中录入假肢（矫形器）的适配信息；⑥资金拨付。

项目结束并验收合格后，由县（市、区）残联协调同级财政向服务机构拨付资金。

辅助器具。①申请。有适配辅具需求的残疾儿童家长向县级残联提出申请；②审核。县（市、区）残联依据儿童具体情况，对符合要求的儿童在儿童康复救助系统中进行审核；③适配。县（市、区）残联协调辅助器具供应单位，组织辅助器具的适配与发放，并做好辅具评估登记；④录入。县（市、区）残联在儿童康复救助系统中录入辅具适配信息；⑤资金拨付。项目结束并验收合格后，由县（市、区）残联协调同级财政向相关服务机构拨付资金。

2.康复安置。各地残联应尊重残疾儿童家庭的意愿，方便其根据工作、生活需要和康复个性需求选择符合条件的定点机构进行训练。救助对象需持户口所在地县（市、区）残联审核批准后的《安庆市残疾人精准康复服务手册》（儿童版）《残疾人精准康复服务补助申请审批表》《残疾儿童康复救助项目安置（转送）考核表》《残疾儿童康复救助项目安置协议》至所在机构接受训练。

3.康复机构。

（1）实行属地管理。采取县、市两级逐级评估、审批，以年度为单位实行动态调整。各县（市、区）残联按照定点机构准入标准、质量评估和服务规范，结合政府购买服务工作的相关要求，遴选辖区内的残疾儿童定点康复服务机构报市残疾人精准康

复服务领导小组办公室(市残疾人康复中心受理)审批。各县(市、区)残联要按照《关于加强残疾儿童定点康复机构安全管理工作的意见》(皖康复办〔2016〕10号)要求,定期组织相关部门进行安全管理工作检查。

(2)各级残联要切实加强定点康复机构服务质量管理,根据《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)《关于对基层听力语言康复机构业务建设评估考核的通知》(皖康复办〔2015〕9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)《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)等文件提出的工程实施要求和康复训练技术规范及质量标准,对救助对象严格按规范开展康复训练。

4. 康复训练。确保规范施训。定点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,确保在训儿童训练时间、训练质量、训练效果。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现象。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;救助对象因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个工作日内通报其户籍所在市残联及时查询或安排替补。

5. 康复档案。各县(市、区)残联负责项目申请、审批、跟踪回访等档案的建立、整理和保管;各定点机构按照各类儿童

项目要求及一人一档要求规范建档。

残疾儿童康复救助按照《安庆市残疾儿童康复救助办法》(宜政秘〔2018〕195号)要求实施,与该《办法》不一致的依此执行。

本办法由市残联、市财政局负责解释。

附件:

- 1.2020年贫困残疾人康复任务分配表;
- 2.贫困精神残疾人药费补助审批表;
- 3.贫困精神残疾人药费补助汇总表;
- 4.残疾人精准康复服务补助申请审批表;
- 5.残疾儿童康复救助项目安置(转送)考核表;
- 6.残疾儿童康复救助项目安置协议;
- 7.残疾人精准康复服务工作汇总表(儿童类);
- 8.____县(市、区)残疾儿童康复教育信息统计表。

附件 1

2020 年度贫困残疾人康复任务分配表

地 区	贫困精神残疾人药费补助	残疾儿童抢救性康复（人数）		
		六类儿童康复训练	假肢矫形器	辅助器具
桐城市	839	100	11	9
怀宁县	836	136	5	9
潜山市	900	113	11	9
岳西县	385	100	9	7
太湖县	620	80	10	7
望江县	750	54	2	2
迎江区	230	35	5	1
大观区	316	26	2	2
宜秀区	130	35	4	3
开发区	140	19	1	1
高新区	14	4	0	0
市社会福利院	0	23	0	0
合 计	5160	725	60	50

附件 2

贫困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.民政医疗救助 <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： 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。 <p style="text-align: center;">监护人签名： _____ 年 月 日</p>				
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 3

贫困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						
13						
14						
15						

附件 4

残疾人精准康复服务补助申请审批表

(年度)

姓名		性别		民族	
残疾人证号 (持证必填)			身份证号		
残疾类别	视力 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 言语 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 智力 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> (多重残疾可多选)				
残疾等级	一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 未定级 <input type="checkbox"/>				
家庭住址			监护人姓名		联系电话
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 <input type="checkbox"/> 家庭经济困难 <input type="checkbox"/>			户口类别	农业户 <input type="checkbox"/> 非农业户 <input type="checkbox"/>
享受医疗保险情况	享受城镇职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 享受城乡居民基本医疗保险 <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 <input type="checkbox"/>				
康复需求项目	(附评估机构出具的“康复需求评估意见”)				
残疾人或其监护人申请	申请人: 年 月 日				
社区(村)委会意见	审核人: 公章 年 月				
乡镇(街道)残联意见	审核人: 公章 年 月				
县(市、区)残联审批意见	审核人: 公章 年 月				

填表说明:

- 1.此表由残疾人或其监护人填写,经康复服务小组逐级审核上报至县(市、区)残联,由县(市、区)审批并留存。
- 2.“康复需求项目”栏依据评估机构出具的“康复需求评估意见”填写。

附件 5

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	至 _____年 月	_____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				

注: 此表一式四份, 与安置协议双面打印, 家长(或监护人)、定点机构、残疾儿童户籍和康复训练所在地残联各执一份。

附件 6

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

注：此表一式四份，与安置转介表双面打印，家长（或监护人）、定点机构、残疾儿童户籍和康复训练所在地县级残联各执一份。

附件 8

_____县（市、区）残疾儿童康复教育信息统计表

序号	项目种类	姓名	性别	身份证号码	监护人姓名	监护人身份证号码	家庭住址	联系电话	安置机构