

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〔2021〕29号

关于印发《2021年安庆市困难残疾人 康复实施办法》的通知

各县（市、区）残联（高新区社发局）、教体局、公安局、民政局、财政局、卫健委、扶贫办：

现将《2021年安庆市困难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)



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

2021年5月20日

2021 年安庆市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《安徽省人民政府关于 2021 年实施 33 项民生工程的通知》（皖政〔2021〕24 号）、《困难残疾人康复实施办法》（皖残联〔2021〕9 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 2021 年实施 33 项民生工程的通知》（宜政发〔2021〕3 号）和《安庆市 2021 年度民生工程考核评价办法》（宜民生〔2021〕2 号）文件精神，制定本实施办法。

一、困难精神残疾人药费补助

（一）目标任务

为全市 5160 名困难精神残疾人提供药费补助。补助经费专门用于精神残疾人治疗精神疾病的服药补助，提倡使用第二代治疗精神疾病的药品。

（二）补助对象

补助对象必须符合以下条件：

1. 拥有我市户籍、持有精神残疾人证且常年服用精神病治疗药品。
2. 低保户或乡（镇、街道）出具困难证明的对象，建档立卡困难家庭成员优先安排。

3. 公安部门管控的肇事肇祸严重精神障碍患者。

（三）资金筹集及补助标准

2021年每人每年1000元，所需经费由省财政承担800元。不足部分，县（市）由本级财政筹集；市区由市财政承担140元，不足部分，由区财政承担。省级补助各市、县（市）的由省财政通过转移支付方式拨付至各市、县（市）级财政部门，市级补助各区的由市财政通过转移支付方式拨付至各区财政部门。

（四）项目管理

1. 对象认定。困难精神残疾人药费补助项目实行动态管理。各地残联要对上一年度受助对象进行年审，对不符合救助条件的要调整。属于新增的补助对象，本人或其监护人要向户籍所在地乡（镇、街道）残联提出申请，填写《困难精神残疾人药费补助审批表》，并出具以下证明材料：（1）残疾人证；（2）低保证或乡（镇、街道）出具的困难证明；（3）精神病门诊或住院病历等证明材料，其中有当年或上一年度的诊疗记录。

公安部门管控的肇事肇祸严重精神障碍患者未申办残疾人证的，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”的程序进行确认。相关申请、审批资料要专项收集管理。

2. 信息管理。补助对象基础信息和补助情况要及时录入“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。

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，由同级财政部门负责将补助资金通过财政惠农补贴资金“一卡通”打卡发放至补助对象或补助对象监护人在金融机构开设的银行账户，要注明“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，将困难精神残疾人药费补助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。

2. 各地残联、卫健等部门要密切配合，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》、《困难精神残疾人药费补助审批表》和《困难精神残疾人药费补助汇总表》。

3. 各级残联和财政部门要用好、管好项目资金，做到专款专用；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，要严格追究责任。各级公安、民政、卫健等部门要充分发挥本部门职能作用，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的惠残政

策，宣传典型受助对象医治康复事例，动员全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

2021年，为725名符合条件的视力、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110名残疾儿童适配假肢矫形器或其他辅具提供救助；推进市区开展低视力儿童视力康复试点。

（二）救助对象

救助对象应符合以下条件：

1. 具有本市户籍，或其监护人持有本市居住证。
2. 各县（市）救助对象为0-14周岁的视力、听力、言语、肢体、智力等残疾儿童和孤独症儿童，市各区延续以往确定的救助年龄为0-16周岁。有条件的县（市）要尽力扩大残疾儿童康复救助年龄范围。
3. 持有《中华人民共和国残疾人证》或具备诊断资质医疗机构出具的诊断证明书。
4. 有康复救助需求及康复服务适应指征。

（三）资金筹集及补助标准

1. 康复训练补助标准提高到每人每年15000元（含实际需求人员），所需经费由省财政承担7200元，不足部分，县（市）由

本级财政承担；市区由市财政承担 3360 元，不足部分，由区财政承担；市社会（儿童）福利院地方承担部分，由市财政承担。

2. 残疾儿童适配假肢矫形器每人补助 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%；残疾儿童适配辅具每人补助 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%。项目所需经费由省级财政保障。

（四）资金拨付

1. 残疾儿童适配假肢矫形器和其他辅具适配等项目经费，由省财政通过专项转移支付方式拨付至市、县级财政部门。项目完成后，由各县（市、区）残联向同级财政部门申报，按规定程序支付至相关服务机构。各地要优先选择具备医保定点机构资质的市级以上机构提供服务，自行选定的服务机构要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解决。

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。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康复定点机构。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，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，以补充康复训练经费的不足。

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。各康复定点机构开展残疾儿童康复救助项目不得向救助对象收取康复训练费用。各地要结合康复救助标准提高的实际情况，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。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》和《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）》和《____县（市、区）残疾儿童康复教育信息统计表》，报市残联审核。

（2）残疾儿童康复救助实施流程。

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定点机构拨付资金。

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；⑤资金拨付。项目结束验收合格后，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。救助对象须持户口所在地县（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》和《残疾儿童康复救助项目安置协议》到申请机构接受训练。

3. 康复机构。属地管理，分级负责。县级残联负责会同同级有关部门遴选、认定定点机构服务资格，并与本辖区定点机构签订康复服务协议，依据机构协议管理实施细则加强管理，协议双方履行相应责任和义务。

市残联负责会同同级有关部门对本级定点机构服务资格认定以及县（市、区）定点机构备案和监督工作，县（市、区）残联负责报备、督查和管理。

县级残联监督定点机构严格按照《安庆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）》（宜残联〔2021〕25号）规定的康复训练技术规范和质量标准开展康复服务。

4. 康复训练。确保规范施训。定点机构须与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、质量、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等现象。残疾儿童因病（事）终止康复训练7个工作日内，定点机构要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15个工作日未归者，即视为自动放弃，机构要在事发后10个工作日内通报其户籍所在地残联，户籍所在地残联要及时核查督促复训或安排替补。

5. 康复档案。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；定点机构按照各类儿童项目要求，一人一档规范建档。

本办法由市残联、市财政局负责解释。

- 附件：1. 2021年困难残疾人康复任务分配表；
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:

2021 年度困难残疾人康复任务分配表

地 区	困难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
潜山市	900	113	11	9
怀宁县	836	136	5	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:

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.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	1.保证药费补助金按规定使用; 2.监护病情,督促病人按时服药、体检和复查; 3.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 3:

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	残疾人证号	家庭住址	监护人姓名	监护人联系电话
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		监护人 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 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				

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	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(公章) _____ _____ 年 月 日				
机构所在地残联组织专家考核评估意见	_____ 公章: _____ _____ 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	家庭住址	监护人姓名	监护人身份证号码	监护人联系电话	安置机构