

成都市双流区残疾人联合会
成都市双流区教育局
成都市双流区民政局
成都市双流区财政局文件
成都市双流区卫生健康局
成都市双流区医疗保障局
成都市双流区扶贫开发工作领导小组办公室

双残联〔2019〕19号

关于印发《成都市双流区残疾儿童康复救助
工作实施方案》的通知

各镇（街道）：

现将《成都市双流区残疾儿童康复救助工作实施方案》印发给你们，请认真贯彻执行。



成都市双流区残疾人联合会



成都市双流区教育局



成都市双流区民政局



成都市双流区财政局



成都市双流区卫生健康局



成都市双流区医疗保障局

成都市双流区扶贫开发攻坚工作领导小组办公室
(成都市双流区农业农村局代章)



2019年12月20日

成都市双流区残疾儿童康复救助工作 实施方案

为贯彻落实《成都市人民政府关于完善残疾儿童康复救助制度的实施意见》（成府发〔2019〕9号）要求，根据《成都市残疾儿童康复救助工作实施办法》（成残联〔2019〕67号）精神，结合双流实际，就进一步做好我区残疾儿童康复救助工作，特制定本实施方案。

一、救助工作基本原则

（一）完善制度、规范实施。将残疾儿童康复救助服务纳入基本公共服务体系建设内容，加快建成与小康社会目标相适应的残疾儿童康复救助服务体系。健全完善残疾儿童康复救助服务相关制度与标准，规范开展受理审批、资金结算、机构监管工作。

（二）协同配合、便民高效。充分发挥政府部门职能作用和残联牵头作用，协同配合、共同做好康复救助工作。形成“党委领导、政府主导、残联牵头、部门配合、社会参与”的救助工作格局。按照深化“放管服”改革、努力实现“最多跑一次”“一站式结算”要求，完善救助工作制度，提高便民服务水平。

（三）防治结合、全面覆盖。坚持与儿童残疾筛查、残疾儿童早期干预等工作相结合，协调推进残疾儿童的“早预防、早

筛查、早转介、早治疗、早康复”。不断提升救助经办能力和康复服务能力，确保符合条件的残疾儿童康复救助全覆盖。

二、救助对象和范围

(一) 康复补贴对象：为符合以下救助条件的 0~15 岁视力、听力、言语、肢体、智力等残疾儿童和孤独症儿童：具有双流区户籍，持有残疾人证，或区级以上残疾等级评定机构、三级以上资质医院出具的诊断证明，有康复需求，且经专业医疗康复机构明确诊断具有相应康复适应指征。

(二) 送训补贴对象：为到定点康复服务机构(以下简称“定点机构”)持续接受康复训练的城乡最低生活保障家庭、城乡相对贫困户家庭残疾儿童。

国务院、四川省人民政府文件规定需纳入康复救助范围的其他残疾儿童，按其规定范围纳入，救助的标准和申请审批工作依照本实施方案执行。

三、救助内容和标准

(一) 救助服务内容

1. 听力残疾儿童的人工耳蜗植入，助听器验配及使用训练，认知能力、言语矫治、听觉能力训练等康复训练。

2. 言语残疾儿童的吞咽功能、言语康复、语言理解表达能力、认知能力和沟通能力等方面的康复训练，以及基本型辅助器具适配。

3. 视力残疾儿童的视觉功能、感知觉补偿、认知学习、定向行走、生活技能及社会适应能力等方面的康复训练,助视器、盲杖等基本型辅助器具适配及使用训练。

4. 肢体残疾儿童先天性马蹄内翻足等足畸形、小儿麻痹后遗症、脑瘫导致严重痉挛、肌腱挛缩、关节畸形及脱位、脊椎裂导致下肢畸形等的矫治手术,假肢及基本型辅助器具适配,粗大运动功能、精细运动功能、认知能力、语言能力、日常生活能力和社会适应能力等方面的康复训练。

5. 智力残疾儿童的认知、语言交往、生活自理和社会适应能力等方面的康复训练,以及基本型辅助器具适配。

6. 孤独症儿童的认知、沟通和社交能力、生活自理能力、情绪和行为调控、工(农、娱)疗和社会适应能力等康复训练,以及基本型辅助器具适配。

7. 最低生活保障家庭、我区城乡相对贫困户家庭残疾儿童送训补贴。

(二) 救助补贴标准

1. 康复手术补贴:对听力残疾儿童实施人工耳蜗植入手术补贴手术费每人每次最高3万元(含植入手术费、调机费以及1次医学评估费最高0.4万元、1次教育评估费最高0.05万元)和电子耳蜗设备费每人每套最高8万元,对纳入国家和省级人工耳蜗救助项目的残疾儿童,给予上述标准的医学和教育评估

费补贴；对肢体残疾儿童补贴矫治手术费（包括手术前后外固定的调整、拆卸）每人每年最高 3 万元。

2. 康复训练补贴：对接受康复训练的残疾儿童补贴康复训练费，每人每月累计最高补贴 0.35 万元（每月训练日日均不超过 300 元/人），每人全年累计补贴最高 3 万元。

3. 辅具适配补贴：补贴各类残疾儿童基本型辅助器具适配费每人最高 1 万元，补贴听力残疾儿童助听器购置、验配及调试费每人最高 1.5 万元（含 6 次调试费），补贴肢体残疾儿童假肢安装费每具最高 1 万元。适配辅助器具后，除因康复训练或矫治需要进行动态适配外（由定点医疗康复机构进行确认），两年内不再补贴同一种辅助器具。

4. 送训补贴。补贴城乡最低生活保障家庭、城乡相对贫困户家庭护送残疾儿童子女到定点机构接受持续康复训练，凡接受门诊预约式或全日制康复训练的残疾儿童（免费寄宿制训练除外），每月送训不少于 12 次（每个训练日计一次），凭定点机构出具的送训证明材料和康复训练记录，按每人每月 500 元标准给予送训补贴，每年最高可补贴 12 个月。纳入国家和省级救助项目的送训补贴对象的补贴标准按此执行。

全年补贴金额的核算以自然年度为周期，残疾儿童在同一救助年度内原则上不得重复享受各级政府同类救助项目补贴。符合国家或省级同类项目救助条件的，须先申请国家或省级救

助项目，不符合或申请后审核未通过的，才能申请区级项目的救助。

四、救助工作流程

（一）申请。残疾儿童监护人持儿童的身份证或家庭户口簿、残疾人证或有上述规定资质医疗机构的诊断、评估结论原件，到儿童户籍所在地镇（街道）残联提交救助申请材料，填写《成都市双流区残疾儿童康复救助申请审批表》（附后）。监护人可委托他人、社会组织、社会救助经办机构等代为提交申请。

（二）审核。镇（街道）残联对申请人提交的材料中有关户籍、监护人、残疾人证等的信息进行核实，签署审核意见后上报区残联。

（三）审批。区残联对申请进行审批认定。送训补贴项目的救助申请，由区残联汇总分别交由民政、所在镇（街道）进行城乡最低生活保障家庭信息、城乡相对贫困户信息比对后作出认定。对直接受理的申请材料，区残联反馈至镇（街道）残联审核后再予以认定。审批结果要及时通知残疾儿童的监护人，对审核未通过的应当书面向监护人说明理由。

区残联对残疾儿童的疾病评估、诊断结论有疑义的，应要求到指定的医疗、康复机构做进一步诊断和康复需求评估。

（四）救助服务。经审批确定为救助对象的残疾儿童，由

其监护人在区残联指导下自主选择定点康复机构。康复机构选定后，由区残联开具《转介服务卡》，监护人持《转介服务卡》送残疾儿童到选定的康复机构办理注册登记，建立康复档案，接受康复服务。监护人原则上应为残疾子女就近选择当地定点康复服务机构。确需申请到异地康复机构或非定点机构的，经区残联审核同意，可在非定点机构或转介至异地定点机构接受康复服务。康复机构一经选定，原则上一个救助年度内不得变动。

定点机构须与服务的残疾儿童监护人（或其代理人）签订服务协议，并将协议复印件报区残联备案。定点机构应将康复服务满1年经评估确认无康复价值、超出救助年龄上限和自行放弃康复服务救助的残疾儿童名单，及时报告区残联。自行放弃康复服务救助的，监护人要及时向区残联报告并说明情况。核实后，区残联应停止救助，约定的服务期限也相应截止。申请人申请非定点机构的，非定点机构须与服务的残疾儿童的监护人(或代理人)签订服务协议，并将服务协议报区残联备案。

（五）资金结算。定点机构应定期将残疾儿童在本机构的康复费用和医保报销情况报区残联。区残联在核减残疾儿童基本医保、大病保险、补充医疗保险、商业保险等医保报销费用和医疗救助补贴后，确定补贴金额。每月和每年累计救助补贴金额不得超过最高限额标准，低于限额标准的则按实际支出确

定补贴金额。残联在审核医保报销、医疗救助资料时，可通过与当地医保部门和医保经办机构等部门进行信息比对方式进行确认。

（六）资金拨付。在定点机构接受康复服务发生的费用，由区残联审核救助补贴金额，完成审批程序后，通过财政支付平台与定点机构结算拨付救助补贴。结算拨付时间为每年11月底。残疾儿童送训补贴以及在非定点机构发生的康复服务费用，由区残联负责拨付。

五、资金筹集和管理

（一）资金筹集。区残联要按照预算管理要求，通过救助需求摸底，提出残疾儿童康复救助的年度资金预算，根据上级财政补助资金情况，做好资金兜底保障。区残联要及时将资金需求测算情况上报市残联并提出市级资金需求申请。

（二）资金管理。残疾儿童康复救助补助经费的使用要严格按照资金使用管理的有关规定执行。每年第一季度内，区残联要向社会公开上年度残疾儿童康复救助实施情况和资金使用情况，接受社会监督。财政、审计等部门要加强对残疾儿童康复救助资金管理使用情况的监督检查，防止发生挤占、挪用、套取等违法违规行为。

六、康复机构确定和管理

（一）康复机构确定

1、残疾儿童定点康复机构包括提供康复服务的手术医院、训练机构、评估机构、辅具适配机构等，由区残联会同卫健、教育、民政、医疗保障等部门，依据定点机构相关准入标准和确认办法，在成都市范围内的残疾人康复机构、医疗康复机构、妇幼保健机构、特殊教育学校（幼儿园）、儿童福利机构以及非营利性的助残社会组织中选择确定。可将市级以上有关部门认定的残疾儿童康复服务机构直接认定为双流区的残疾儿童定点康复机构。

2、成都市范围内的定点机构可以承担双流区的残疾儿童康复服务项目，由区残联与定点的康复机构签订目标责任书，明确双方职责、康复项目等，协议服务期不超过三年。双流区残疾儿童学前教育康复中心只承担双流区户籍（双流辖区内）的残疾儿童康复。

3、由区残联对认定的定点机构进行公布，公布内容包括定点机构的详细地址、服务项目、服务范围、收费标准以及机构负责人、联系电话等。定点机构在约定服务期内如发生法人（负责人）变更、场地变化、或主动退出定点服务等情况，要事先及时向残联申报。变动情况经确认后，区残联及时予以公布。

（二）康复机构管理

1、定点机构应按照国家有关康复训练规范、手术标准、辅具适配服务规范实施康复服务。要以适宜方式公示接受康复服务的

残疾儿童及其监护人名单、服务期限等情况，并定期公布服务进展情况，自觉接受残疾儿童监护人、媒体及社会公众的监督。

2、定点机构要接受相关部门的业务指导、监督和管理。区残联和民政、教育、卫健、医疗保障等部门要根据各自职能职责共同做好定点机构的认定及其康复服务质量的监督管理工作，通过委托残疾儿童康复专家指导组等第三方机构的方式定期开展康复机构服务质量评估。对违反定点机构管理办法的，要求进行整改，整改不合格的取消其定点资格。

3、承接残疾儿童康复服务的非定点机构在机构资质、资金管理、服务内容等方面的要求与定点机构一致。

七、相关工作职责：

（一）区残联：负责做好牵头工作，加强组织协调，切实发挥牵头作用，会同有关部门摸清残疾儿童康复需求，制定年度康复救助计划；负责项目资金预算、结算、拨付；加强康复救助业务经办能力建设，精简申请审批流程，推广应用“互联网+”式康复服务，不断提高救助服务的便民程度；牵头做好定点康复机构准入、退出等实施严格监管，定期检查、综合评估机构服务质量，并通过适宜的渠道和方式，及时向社会公示救助情况；加强残疾儿童康复救助服务数据信息管理与共享，按要求向市残联报送救助残疾儿童的相关数据。

（二）区教育局：负责特殊教育学校（附设幼儿园或学前

班)、普通学校特殊教育资源教室积极推广“教康结合”模式,为残疾学生儿童提供适宜的康复服务。逐步完善融合教育保障体系,为残疾儿童少年就读中小学(幼儿园)提供支持保障。

(三)区民政局:负责做好城乡低保家庭、孤儿中残疾儿童的基本生活保障;组织儿童福利机构开展好孤残儿童的康复救助服务工作;协助残联做好送训补贴对象家庭的低保身份信息比对;鼓励慈善组织支持残疾儿童康复。

(四)区财政局:负责落实残疾儿童康复救助项目资金,做好项目资金的保障。会同审计部门加强对资金使用的监管。

(五)区卫生健康局:负责指导医疗机构加强康复科室服务残疾儿童康复的能力建设,做好对定点医疗康复机构的管理和指导;组织康复专业技术人员培训,健全残疾儿童康复医疗机构康复专技人员的职称评审制度;指导妇幼保健等医疗机构开展残疾预防和残疾儿童早期筛查、诊断、干预等工作,及时为有康复需求的残疾儿童提供康复服务或转介服务。

(六)区医疗保障局:负责落实残疾儿童医疗康复项目纳入医保支付范围政策;监督纳入医保范围的定点机构做好残疾儿童康复项目医保报销相关工作;协助残联做好救助对象医保报销情况的核查。

(七)区扶贫办:牵头负责全面摸清城乡相对贫困户家庭的残疾儿童状况,配合残联做好送训补贴对象家庭建档立卡信

息比对核实工作。

(八) 各镇(街道): 具体负责全面摸清城乡相对贫困家庭的残疾儿童状况, 负责做好辖区内残疾儿童康复救助工作, 广泛宣传救助政策。充分调动和发挥村(居)民委员会、基层医疗卫生机构、公益慈善组织和残疾人工作者、社会工作者、志愿服务人员等社会力量的作用, 做好发现告知、协助申请、志愿服务等工作。

八、实施期限

本实施方案从印发之日起施行, 有效期为 5 年(2019 年 10 月 1 日至此文件印发前已申请康复救助的残疾儿童救助标准按照成残联〔2019〕67 号文件执行)。

- 附件: 1. 成都市双流区残疾儿童康复救助申请审批表
2. 成都市双流区残疾儿童康复救助转介服务卡

附件 1

成都市双流区残疾儿童康复救助申请审批表

<p>儿童姓名：_____； 性别：<input type="checkbox"/>男 <input type="checkbox"/>女； 年龄： 残疾人证号（身份证号）： 家庭住址： 家庭经济状况：<input type="checkbox"/>低保家庭 <input type="checkbox"/>建档立卡户 <input type="checkbox"/>一般困难家庭 <input type="checkbox"/>其他 医疗保险情况：<input type="checkbox"/>享受城乡基本医疗保险 <input type="checkbox"/>享受医疗救助 <input type="checkbox"/>享受其他医疗保险 <input type="checkbox"/>无医疗保险 残疾类别：<input type="checkbox"/>视力 <input type="checkbox"/>听力言语 <input type="checkbox"/>肢体 <input type="checkbox"/>智力 <input type="checkbox"/>脑瘫 <input type="checkbox"/>孤独症 <input type="checkbox"/>其他 申请救助内容：<input type="checkbox"/>康复训练 <input type="checkbox"/>手术 <input type="checkbox"/>辅具适配 <input type="checkbox"/>送训补贴 申请救助金额：小写：_____ 大写： 诊断评估结果：<input type="checkbox"/>康复训练 <input type="checkbox"/>手术 <input type="checkbox"/>辅具适配 诊断评估机构：</p>	
<p>监护人（或监护机构）：_____ 联系电话： 监护人身份证号码： 家庭住址： 选定康复机构： 以上提供的资料真实可靠。 监护人签字： (监护机构负责人签字 公章)</p>	
镇（街道）残联审核意见：（公章） _____年__月	区残联审批意见：（公章） _____年__月__日

附件 2

编号：_____

成都市双流区残疾儿童康复救助转介服务卡存根

患儿姓名：_____

性别：_____ 年龄：_____

住址：_____乡(镇)_____村(居委会)

- 内 容： 康复训练
 康复手术
 辅具适配

选定服务机构：_____

预进入机构时间：_____

家长签名：_____ 联系电话：_____

_____年 月 日

成都市双流区残疾儿童康复救助转介服务卡

_____ (康复服务机构)：

骑 兹介绍我区_____镇(街道)_____

缝(居委会)患者_____前往你院(中心)实

章施救助，请审核相关材料，安排救助。并与残联好

沟通和衔接。

谢谢合作！

_____ 残联，联系人：_____ 联系电话：_____

_____年 月 日

