残疾人联合会

教 育 局

公 安 局

民 政 局

财 政 局

卫 健 委

霍残联〔2022〕9号

关于印发《2022年霍山县困难残疾人

康复实施办法》的通知

各乡镇残联，各中心学校、派出所、民政办、财政所、（中心）卫生院：

现将《2022年霍山县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。

县 残 联 县教育局 县公安局

县民政局 县财政局 县卫健委

2022年4月9日

霍山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2022年<六安市困难残疾人康复实施办法>的通知》（六市残联〔2022〕1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）的精神和县政府关于办好20项民生实事的部署，制定本办法。

一、困难精神残疾人药费补助

**（一）目标任务**

2022年，为全县832名（省计划419名、市计划191名、县计划222名）困难精神残疾人提供药费补助，其中：省级补助419名，市级补助191名，县级补助222名。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级财政按8:2分担；市级目标任务所需经费由市级财政与县级财政按8:2分担。县级目标任务由县财政保障；补助资金，分别由省、市财政通过转移支付方式拨付至县财政部门。

县级残联负责审核、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，并标识“残补”或“精补”。

**（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。

县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。

新增补助对象本人或其监护人要向户籍所在地乡镇残联提出申请，填写《困难精神残疾人药费补助审批表》，同时出具以下证明材料：

1．精神残疾类别残疾人证；

2．精神病门诊或住院治疗病历等证明材料；

其中：市级扩面救助人员为困难重度精神残疾人，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、低保证或乡镇出具的困难证明。

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、乡镇及以上残联审核，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治安重点人管理信息系统的困难精神病人纳入补助范围，并逐步实现全覆盖。

2．县残联和各乡镇残联与财政部门要用好、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．县残联和各乡镇残联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**

2022年，为63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（不含中央、县计划名额）；为8名残疾儿童适配假肢矫形器或其他辅具提供救助。

**（二）补助标准**

1．听力、言语、肢体、智力等残疾儿童和孤独症儿童康复训练项目分为全时段康复训练和预约单训，其中：全日制康复训练标准为每人每年16000元，非全日制康复训练标准为每人每年15000元，补助标准中含家长生活补贴2000元。所需经费由省、市、县分担：省级财政补助每人每年8153元，市级财政补助每人每年4800元，不足部分由县财政承担。

2．视力残疾儿童康复训练补助，按照《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）执行。

3．残疾儿童假肢矫形器和辅助器具适配补助，按照《关于印发六安市残疾儿童辅助器具适配补贴实施办法（试行）的通知》（六市残联〔2021〕19号）执行，所需经费由省级财政统筹安排；承担残疾儿童辅助器具租赁试点的县区，具体补贴办法另行下达。

**（三）资金拨付**

 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补助资金，由市财政按照县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县财政部门。

2．残疾儿童康复救助项目经费由县残联向同级财政部门申报，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，为加快资金拨付进度，缓解机构运营困难，各地可根据实际情况，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，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。

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。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。

**（四）项目管理**

1．选择在外省康复训练的残疾儿童，所选择的康复机构必须是在中国残联备案或当地残联确认的残疾儿童康复定点机构（残疾儿童救助系统可查询到）。申报非全日制康复训练的残疾儿童，监护人需提供普幼、普小或特殊教育学校入学证明。县区残联将《残疾儿童康复救助项目安置（转送）考核表》审核、审批发放之日起，儿童需在7个工作日内到所选机构报到，过期作废。

2．全日制康复训练和非全日制康复训练周期均不得不少于10个月，其中：全日制康复训练每天单训不少于30分钟；入普幼等非全日制康复训练的儿童，每周单训不少于3次，每次不少于1小时。

3．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，加强定点康复机构准入、退出等监管，结合政府购买服务的相关要求，对定点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。

4．在选择定点康复机构和转介安置工作中，县残联要尊重残疾儿童监护人的意愿，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。

5．县残联与定点机构签订康复服务协议，双方按协议规定承担各自责任与义务。残联组织和定点机构要严格遵循协议约定，认真履行服务协议。加强风险防控，提高服务质量。县残联要督促定点机构依据市残联关于残疾人康复民生工程和精准康复服务有关文件要求，提高责任意识，强化服务意识，改善服务条件，优化服务流程，为残疾儿童提供质优价廉、规范便捷的康复服务，提高服务对象满意度。

6．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属地残联备案；救助对象无故中途终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县残联，并及时查询督查复训或安排替补。

7．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。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。县残联要高度重视安全管理工作，定期组织相关部门对辖区内定点机构进行安全管理工作检查。

8．县残联要按照《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），定期组织相关部门进行安全管理工作检查；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）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，定点机构应当保护残疾儿童及其监护人的个人信息。

9．残疾儿童辅具适配、假肢矫形器制作，按照《六安市残疾儿童辅助器具适配补贴实施办法（试行）》要求完成，并做好相关资料档案收集归档工作。

10．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”其中：系统审核、审批时间不得超过5天，县级残联负责基础信息数据库的日常管理及有关报送工作。

11．相关部门以适当方式公示受助对象基本情况，主动接受社会监督。

12．县残联应当会同教育、民政、卫生健康、市场监管等部门加强监督，对违反残疾儿童康复救助制度及服务协议约定的定点机构，应视情况，责令其限期改正，暂停、取消其资格，或按有关规定纳入社会信用体系黑名单，予以信用惩戒。对违反其他法律法规和政策规定的，由相关部门依法依规处理。

康复民生工程是残疾人精准康复服务行动和残疾儿童康复救助制度落实中的重点工作，县残联要聚焦残疾人康复需求，强化基本康复保障，提高精准调度和科学监督水平。市残联今年继续采取第三方机构和日常督查考评等形式对各县区残疾人康复工作开展绩效评价，请各单位、各乡镇务必高度重视，确保顺利通过。

本办法由县残联、县财政局负责解释。

附件：1．2022年度困难精神残疾人药费补助任务分配表

2．2022年度残疾儿童康复救助任务分配表

3．困难精神残疾人药费补助审批表

4．困难精神残疾人药费补助汇总表

5．残疾儿童康复救助项目安置（转送）考核表

附件1

2022年度困难精神残疾人药费补助计划分配表

|  |  |
| --- | --- |
| 单 位 | 计划数 |
| 衡山镇 | 171 |
| 佛子岭镇 | 59 |
| 下符桥镇 | 63 |
| 但家庙镇 | 38 |
| 与儿街镇 | 33 |
| 黑石渡镇 | 82 |
| 诸佛庵镇 | 87 |
| 落儿岭镇 | 24 |
| 磨子潭镇 | 21 |
| 大化坪镇 | 67 |
| 漫水河镇 | 33 |
| 上士市镇 | 29 |
| 单龙寺镇 | 43 |
| 东西溪乡 | 35 |
| 太平畈乡 | 37 |
| 太阳乡 | 10 |
| 合计 | 832 |

附件2

2022年残疾儿童抢救性康复项目计划分配表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | 残疾儿童康复训练 | 装配假肢矫形器 | 辅助器具适配 |
| 霍山县 | 63 | 4 | 4 |
| 衡山镇 | 14 |  |  |
| 佛子岭镇 | 4 |  |  |
| 下符桥镇 | 4 |  |  |
| 但家庙镇 | 4 |  |  |
| 与儿街镇 | 5 |  |  |
| 黑石渡镇 | 4 |  |  |
| 诸佛庵镇 | 6 |  |  |
| 落儿岭镇 | 2 |  |  |
| 磨子潭镇 | 2 |  |  |
| 大化坪镇 | 6 |  |  |
| 漫水河镇 | 2 |  |  |
| 上土市镇 | 2 |  |  |
| 东西溪乡 | 2 |  |  |
| 太平畈乡 | 2 |  |  |
| 太阳乡 | 2 |  |  |
| 单龙寺 | 2 |  |  |

备注：各乡镇根据实际情况完成

附件3

困难精神残疾人药费补助审批表（2022年）

\_\_\_\_\_\_\_乡镇\_\_\_\_\_\_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：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。监护人签名： 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。

附件4

困难精神残疾人药费补助汇总表

\_\_\_\_\_\_\_乡镇\_\_\_\_\_\_村（社区） 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： |
| 儿童户籍地市或县级残联意见 | 同意转送安置。签字（公章）年 月 日 |
| 训练起止日期 | 年 月至 年 月 |
| 实际康复训练时间 | □ 6个月□ 10个月 | 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组考核评估意见 | 专家组签章: 年 月 日 |

霍山县残疾人联合会 2022年4月9日印发