

郑州市管城回族区残疾人联合会文件

管残联〔2015〕14号

管城回族区 0-14 岁残疾儿童康复救助实施方案

为认真落实 2015 年市政府“为全市所有符合条件的 0-14 岁残疾儿童提供康复救助”的民生十件实事项目，确保残疾儿童康复救助工作顺利实施，特制定本实施方案。

一、工作目标

从 2015 年起，为全区所有符合条件的 0-14 岁残疾儿童提供康复训练和辅助器具补贴救助。

二、补贴对象

凡拥有郑州市户籍，经有相应资质的二级甲等及以上医院诊断，符合康复训练条件，或经辅助器具定点机构筛查、评估符合适配条件的 0-14 周岁耳聋、智障、脑瘫、孤独症、肢体和精神残疾儿童。

三、补贴项目

- (一) 为聋儿提供专业康复训练。
- (二) 为智障儿童提供专业康复训练。
- (三) 为孤独症儿童提供专业康复训练。
- (四) 为脑瘫儿童提供专业康复训练。
- (五) 为肢体残疾儿童提供术后康复训练。
- (六) 为精神残疾儿童提供服药或住院补贴。
- (七) 为参加康复训练的聋儿、脑瘫、肢体残疾儿童提供辅助器具适配补贴。

四、补贴标准

符合救助条件的各类残疾儿童补贴最高按下列标准执行（其中辅助器具购置费低于标准的按实际费用补贴）：

- (一) 聋儿 12000 元/年。
- (二) 智障儿童 12000 元/年。
- (三) 孤独症儿童 12000 元/年。
- (四) 脑瘫儿童 12000 元/年。
- (五) 肢体残疾儿童 6000 元/年。
- (六) 精神残疾儿童 服药 1200 元/年；住院 4000 元/年。
- (七) 辅助器具适配 聋儿助听器和脑瘫、肢体残疾儿童矫形器、轮椅、坐姿椅、站立架、助行器（可任选一种） 1000 元/人。

五、工作流程

（一）凡自愿申请纳入上述六种残疾儿童康复救助的对象，由其父母或法定监护人向残疾儿童户籍所在社区居委会或村委会提出书面申请，并出具父母或法定监护人的身份证、残疾儿童的本市居民户口簿及医疗机构相关残疾状况诊断证明、7-14 周岁残疾儿童相关类别的残疾人证等材料。

（二）社区居委会、村委会接到申请后，应当进行入户调查，确定所需康复救助属实后，即填写《郑州市 0-14 岁残疾儿童康复救助申请审批表》（一式三份，以下简称《申请审批表》）中的基本信息，并附相关材料一同上报街道、乡（镇）残联。街道、乡（镇）残联审核后，上报区残联康复办公室。

（三）区残联对街道、乡（镇）残联上报的拟享受康复救助的残疾儿童进行复核登记汇总，并建立残疾儿童康复救助个人档案，档案包括：《申请审批表》、医院诊断证明、残疾人证、户口簿和父母或法定监护人身份证等复印件。

（四）县区残联按照申报项目，组织申报对象到相关定点医疗康复机构进行康复潜力评估，定点医疗康复机构在《申请审批表》中填写评估意见和康复建议。区残联审查后，最终确定康复救助对象，报市残联备案。

（五）康复对象自主选择相关定点医疗康复机构，接受康复训练或治疗。一旦选定康复机构，不得随意变更。

(六) 凡申请辅助器具适配补助的，由辅助器具定点机构筛查、评估，在《申请审批表》上填写适配建议，经区残联批准后可自行购买相应的辅助器具产品，提交辅助器具购置发票。

六、资金管理

(一) 资金筹措

对纳入医疗保险报销范围的康复项目，先由医疗保险基金按规定报销，个人负担部分由 0-14 岁残疾儿童康复救助资金予以资助。残疾儿童康复救助资金由市财政分担。

(二) 使用范围

残疾儿童康复救助资金，主要用于聋儿、智障、孤独症、脑瘫、肢体残疾、精神残疾和辅助器具等项目的康复支出，不得用于工作性的经费支出。各级财政部门可根据工作需要，安排必要的专项工作经费，确保工作正常运转。

附件：

1. 郑州市 0-14 岁残疾儿童康复救助申请审批表
2. 郑州市 0-14 岁残疾儿童康复救助汇总表

管城回族区残疾人联合会

二〇一五年五月九日

附件 1

郑州市 0-14 岁残疾儿童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 | | | | 户口类别 | <input type="checkbox"/> 农业 <input type="checkbox"/> 非农业 | | |
| 监护人姓名 | | 监护人 工作单位 | | | 与监护人 关系 | | |
| 家庭住址 | | | | | 联系电话 | | |
| 申请项目 | <input type="checkbox"/> 聋儿康复训练 <input type="checkbox"/> 智障儿童康复训练 <input type="checkbox"/> 孤独症儿童康复训练 <input type="checkbox"/> 中枢性协调障碍和脑瘫儿童康复训练 <input type="checkbox"/> 肢体残疾儿童术后康复训练 <input type="checkbox"/> 精神残疾服药治疗 <input type="checkbox"/> 精神残疾住院治疗 <input type="checkbox"/> 辅助器具适配补贴 | | | | | | |
| 监护人申请 | 申请人： _____ 年 月 日 | | | | | | |
| 社区（村） 审核意见 | 审核人： _____ 公 章： _____ 年 月 日 | | 乡镇（街道） 残联审核 意 见 | | 审核人： _____ 公 章： _____ 年 月 日 | | |
| 定点医疗 康复机构 筛查意见 | 是否符合康复条件：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 康复建议： _____ 审核人： _____ 公 章： _____ 年 月 日 | | 辅助器具 定点机构 筛查意见 | | 是否符合适配条件：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 适配建议： _____ 审核人： _____ 公 章： _____ 年 月 日 | | |

附件 2

____年郑州市 0—14 岁残疾儿童康复救助汇总表

县（市、区）残联（盖章）

分管领导（签字）：

| 序号 | 儿童姓名 | 性别 | 身份证号 | 家庭地址 | 监护人姓名 | 联系电话 | 康复项目 | 适配辅助器具类别 | 定点医疗康复机构 | 资助金额（元） |
|----|------|----|------|------|-------|------|------|----------|----------|---------|
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

填报人（签字）：

填报日期： 年 月 日