

蚌山残联[2024] 3 号

关于印发 2024 年《蚌山区困难残疾人 康复工程实施方案》的通知

各乡街（社区中心），区相关部门：

现将 2024 年《蚌山区困难残疾人康复工程实施方案》印发给你们，请结合实际，认真贯彻执行。

(此页无正文)

蚌埠市蚌山区残疾人
联合会

蚌埠市蚌山区教育
体育局

蚌埠市公安局蚌山分局

蚌埠市蚌山区民政局

蚌埠市蚌山区财政局

蚌埠市蚌山区卫生健康
委员会

2024 年 5 月 15 日

蚌山区困难残疾人康复工程实施方案

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 2024 年《困难残疾人康复工程实施方案》的通知(蚌残联〔2024〕15 号)和蚌埠市民生工作领导小组办公室关于印发《2024 年 50 项民生实事实施方案》的通知(蚌民生办〔2024〕1 号)文件精神,结合我区实际,制定本实施方案。

一、困难精神残疾人药费补助

(一) 目标任务

2024 年,为全区 300 名困难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,使用治疗精神疾病的第二代药物。

(二) 补助标准

补助分为每人每年 1000 元和 1200 元两个标准,申请人购药发票达到 1000 元但不足 1200 元的,补助 1000 元/人;购药发票达到 1200 元及以上的,补助 1200 元/人。所需经费由省、市、区级财政共同承担,超出部分均由区级财政承担。各乡街(社区中心)残联负责初审、统计补助对象基本情况,区残联汇总审核,并报区财政部门复核后,由区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“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。各乡街（社区中心）残联负责将补助对象基础信息和补助情况及时录入中残联“残疾人精准康复系统”，区残联负责基础信息数据库的日常管理及有关报送工作。

各乡街（社区中心）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要及时调整。

申请人本人或其监护人要向户籍所在地乡街（社区中心）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、精神类别残疾人证；
- 2、精神病门诊或住院治疗病历等证明材料

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申办残疾证的，由医院出具诊断证明、监护人申请、乡街（社区中心）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。

- 3、购药或住院费用材料

精神残疾人自上一年度至本年申请药补之日止，个人累计达到或超过 1000 元的用于治疗精神疾病的药物或治疗精神疾病的第二代药物的购药发票（新增人员购药发票时间可以放宽）；受

助对象因为精神疾病病情严重，进行住院治疗，个人承担费用达到或超过 1000 元的住院发票（住院费用可与购药费用累计计算）。

（四）实施要求

1、各乡街（社区中心）要在区委区政府统一领导下，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。结合实际，优先考虑将录入公安机关治安重点人管理信息系统的困难精神残疾人纳入补助范围。

2、区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。区公安分局、民政局、卫生健康等部门充分发挥本部门职能，协助做好项目的实施，确保符合条件的对象得到应助尽助，应救尽救，应补尽补。

3、各乡街（社区中心）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

2024 年，为 65 名符合条件的 0-16 岁视力、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。

（二）补助标准

1、0-6岁视力、听力、言语、肢体、智力和孤独症儿童康复训练补助标准按每人每年1.7万元实施，7-16岁视力、听力、言语、肢体、智力和孤独症残疾儿童康复训练补助标准按每人每年1.6万元实施。其中省级财政给予每人每年5700元的补助，其余部分由市本级与区财政按3:7比例承担。

（三）资金拨付

1、残疾儿童康复救助训练，由区财政局会同区残联根据承担的任务数及补助标准，按规定程序予以支付。

2、残疾儿童康复训练经费，由区残联向区财政部门申报，按规定支付。资金拨付依据蚌埠市2024年困难残疾人康复工程实施方案，结合工作实际，7月底前拨付50%的项目资金，剩余部分在省第三方考核前拨付完毕。

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、假肢矫形器和辅助器具适配等。残疾儿童在训期间每人发放2000元生活补贴，以减轻残疾儿童家庭负担，补贴资金由儿童所在定点康复机构发放。

（四）项目管理

1、根据《蚌埠市残疾儿童康复救助定点机构康复服务协议

管理办法（试行）》（蚌残联字〔2021〕19号）文件和省残联制定的地方标准要求，区残联要加强对辖区定点康复机构的监管，结合政府购买服务的相关要求，对辖区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。

2、在选择定点康复机构和转介安置工作中，各乡街（社区中心）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自行选择符合条件的定点机构进行康复训练。对于选择市外康复定点机构的，须经区残联组织审核同意，在有关康复定点机构接受康复服务发生的费用按照我区补助标准及结算方式执行。

3、区残联与定点机构签订责任联合声明及康复服务协议，双方按声明及协议规定承担各自责任与义务，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。区残联督促定点机构依据省、市残联关于残疾人康复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。

4、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地残联，并及时查询督查复训或安排替补。区残联对定点机构残疾儿童在训情况、康复效果、档案建立健全等督查检查每年不少于 3 次。

5、定点机构须与每位在训残疾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。区残联高度重视安全管理工作，定期对定点机构进行安全管理工作检查。

6、定点机构须按照《关于规范全省残疾儿童康复档案使用管理的通知》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，同时应当保护残疾儿童及其监护人的个人信息。

7、残疾儿童康复救助项目实行动态监管。区残联持续加强残疾儿童经办服务水平，5 个工作日内完成残疾儿童救助信息审核，将救助对象基础信息和康复情况于 6 月 30 日前录入“残疾儿童康复救助综合管理平台系统”。区残联负责基础信息数据库的日常管理及有关报送工作，并按要求做好残疾儿童康复救助项目申请表、安置（转送）考核表、残疾人证或病历等纸质文档的存档。

8、区残联以适当方式公示受助对象基本情况，主动接受社会监督。

9、区残联会同区教体、民政、卫生健康、市场监管等部门

加强监督，定期组织相关部门对辖区内定点儿童康复机构进行安全管理等工作检查，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。对违反其它法律法规和政策规定的，由相关部门依法依规处理。

三、残疾人基本型辅助器具补贴

（一）目标任务

2024 年，为全区 50 名有需求的持证残疾人适配基本型辅助器具给予补贴；为 3 名肢体残疾儿童适配假肢矫形器，为 2 名残疾儿童适配辅助器具。

（二）补助标准

1. 基本型辅助器具补贴标准：根据安徽省《残疾人基本型辅助器具适配补贴目录》和市残联、市财政局关于印发《蚌埠市残疾人基本型辅助器具适配补贴（试行）办法》的通知（蚌残联〔2022〕44 号）文件中明确规定的补贴人群、辅具种类、标准等，在目录规定的使用年限内进行补贴。

2、残疾儿童适配假肢矫形器每人补助 5000 元，适配辅助器具每人补助 1500 元，包含产品（材料）购置、评估、制作、服务费等，所需经费由省级财政统筹安排。

（三）项目管理

1、加强组织领导。残疾人辅助器具适配是保障残疾人基本生存和发展的重要基础，是残疾人基本公共服务的重要内容。各乡

街（社区中心）要充分认识做好残疾人辅助器具适配工作的重要性和紧迫性，加强组织领导，明确工作责任，完善工作机制，确保残疾人辅助器具适配工作的顺利开展，并按照残疾人实际需求，合理安排资金用于残疾人辅助器具服务。

2. 规范工作流程。

（1）申请。残疾人本人（或监护人）带残疾人证、身份证或户口本到户口所在地乡街（社区中心）残联提出申请，填写《残疾人基本型辅助器具适配补贴申请审批表》（附件8）。申请有困难的，也可委托他人代为申请。

（2）初审。乡街（社区中心）残联对申请人提供的申请材料进行初审。

（3）复审。区残联进行复审。

（4）评估。区残联依托定点辅助器具服务机构成立专业技术组开展评估。基本型辅助器具部分，由持对应方向辅助器具工程师证的工作人员或者接受过对应方向辅助器具业务培训的技术人员完成；假肢矫形器等处方辅助器具，应由执业医师配合假肢矫形器技师共同完成。区残联于6月30日之前将残疾儿童辅助器具适配、假肢矫形器制作基本信息录入数据库。各类评估均应按照残疾人申请类别填写相应的辅具评估适配表（附件9-13）。

（5）购买和补贴。区残联依据市级补贴办法或实施细则中辅助器具目录进行购买，并参照相应补贴标准，开展实物或货币

化补贴。

（6）适配。产品供应商根据区残联提供的辅助器具需求，及时完成配送；对需评估的辅助器具，服务机构完成评估后，应及时提供辅助器具适配、适应性训练、使用指导和定制、维修等服务。

（7）结算。区残联根据实际适配情况与产品供应商、服务机构进行资金结算。

3. 细化服务要求。一是区残联要坚持医工结合、科学适配原则，组织由执业医师、假肢矫形器技师和辅具专业人员组成的专业技术组对需要评估的残疾人进行评估定性、适配定方、服务定项，并提出辅助器具适配建议。二是继续按照《关于进一步做好辅助器具采购项目合同履行验收工作的通知》（皖残联办〔2022〕8号）工作要求，进一步强化主体责任，建立健全辅具质量常态化监管机制，做实做细采购物资的验收、发放、登记等工作，并填写《____（县、区）辅具适配登记汇总表》和《辅具产品验收情况表》（附件14-15）。三是要统筹中央、省、市和区四级财政安排的可用于残疾人辅助器具适配的经费，保障残疾人基本型辅助器具补贴民生实事顺利实施。四是区残联要加强对协议定点辅助器具服务机构的监管，建立定期检查、综合评估机制，指导定点辅助器具服务机构规范内部管理、改善服务质量、加强风险防控，及时查处违法违规行为，避免发生安全责任事故，确保残疾人人身安全。

四、实施要求

（一）规范使用项目资金，大力加强专项资金监管力度。区残联和财政部门要根据安徽省财政厅、安徽省残疾人联合会关于印发《安徽省残疾人事业发展补助专项资金管理办法》的通知（财社〔2017〕332号）和相关财务管理制度规定等，合规使用项目资金，专款专用，按进度完成资金拨付。大力加强项目资金监管力度，加强专项资金绩效管理，建立绩效评估、绩效评价和绩效管理成果应用等全过程绩效管理体系。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。

（二）积极开展项目宣传，努力提升困难残疾人康复工程知晓率。各乡街（社区中心）等相关部门要高度重视项目宣传发动工作，积极创新宣传形式，丰富宣传内容，运用各种传播方式、技术手段，做好残疾人康复训练、医疗保障、救助政策等重要康复知识及政策宣传工作，切实提高困难残疾人康复工程知晓率，努力提升受助困难残疾人及家庭满意度。通过各种媒体宣传党和政府对广大残疾人的关爱，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。

（三）健全工作机制，确保年度目标任务全面完成。对困难残疾人康复工程进展情况开展半年考评，区残联将采取专项督查、抽样检查、实地核查等方式，对各乡街（社区中心）残疾人康复工作进行考核，同时对工作开展情况将适时进行通报，确保

困难残疾人康复工程年度目标任务顺利完成。

困难残疾人康复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，区残联要进一步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。

本实施方案由区残联、区财政局负责解释。

- 附件：1. 2024 年蚌山区困难精神残疾人药费补助任务分配表
2. 2024 年蚌山区残疾儿童康复救助任务分配表
3. 2024 年度残疾人基本型辅助器具服务任务分配表
4. 困难精神残疾人药费补助审批表
5. 困难精神残疾人药费补助汇总表
6. 蚌埠市残疾儿童康复救助项目申请审批表
7. 残疾儿童康复救助项目安置（转送）考核表
8. 残疾人基本型辅助器具适配补贴申请审批表
9. 肢体辅具评估适配表
10. 假肢处方表
11. 矫形器处方表
12. 视力辅具评估适配表
13. 听力辅具评估适配表
14. ____县（区）辅具适配登记汇总表
15. 辅具产品验收情况表

附件 1

2024年蚌山区困难精神残疾人药费补助任务分配表

乡街（社区中心）	补助任务（人）
湖滨社区中心	16
淮河社区中心	17
黄庄街道	40
龙湖新村街道	16
青年街道	18
胜利街道	45
天桥街道	15
纬二路街道	27
雪华乡宏业村街道	46
燕山乡	60
合计	300

2024年蚌山区残疾儿童康复救助任务分配表

乡街（社区中心）	残疾儿童康复训练
湖滨社区中心	3
淮河社区中心	20
黄庄街道	5
龙湖新村街道	2
青年街道	1
胜利街道	1
天桥街道	3
纬二路街道	3
雪华乡宏业村街道	5
燕山乡	22
合计	65

附件3

2024年度残疾人基本型辅助器具服务任务分配表

乡街（社区中心）	辅具补贴任务数	儿童辅助器具	儿童假肢矫形器	合计
湖滨社区中心	10			10
淮河社区中心	13		1	14
黄庄街道	4			4
龙湖新村街道	3			3
青年街道	2			2
胜利街道	2			2
天桥街道	2			2
纬二路街道	2	1		3
雪华乡宏业村街道	8		1	9
燕山乡	4	1	1	6
合计	50	2	3	55

困难精神残疾人药费补助审批表

县(区)_____乡镇(街道)_____村(社区)_____

姓名		性别		残疾人证号	
经济状况	☐ 1. 低保户 ☐ 2. 家庭经济困难				
医保情况	☐ 1. 城乡居民医疗保险 ☐ 2. 民政医疗救助 ☐ 3. 其他医疗保险 ☐ 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。 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(区)残联 审批意见	审核人: 公章 _____ 年 月 日				

注:本表由县(区)残联存档。

附件 5

困难精神残疾人药费补助汇总表

____县（区）____ 乡镇（街道 ）年 月 日

序号	姓名	性别	残疾人证号	监护人姓名	家庭住址	联系电话
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

附件 6

蚌埠市残疾儿童康复救助项目申请审批表

儿童姓名		性 别	☐ 男 ☐ 女	二寸 免冠照片
民 族	汉 族 少数民族			
儿童身份证号				
家长姓名		与儿童关系		
残疾类别	孤独症 ☐ 脑瘫 ☐ 聋儿 ☐ 智障 ☐			
联系方式	宅电/手机			
通讯地址				
享受医疗保险情况	☐ 享受城乡居民医疗保险 ☐ 享受医疗救助 ☐ 享受其他保险			
申请的定点 康复机构名称				
监护人申请	申请人： 年 月 日			
乡镇、街道 残联意见	审核人： 公 章 年 月 日			
县（区）残联 审批意见	审核人： 公 章 年 月 日			

注：此表县区（乡、镇、街）存档。

附件 7

残疾儿童康复救助项目安置（转送）考核表

____市____县(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				
机构意见	_____ 定点机构（签章） _____年 月 日				
计划康复 起止日期	_____年 月至 _____年 月				
户籍所在 县区残联意见	同意转送安置。 _____ 签字（公章） _____年 月 日				
实际康复 训练时间	_____年 月 至 _____年 月		康复效果 机构自评	☐ 显效 ☐ 有效 ☐ 一般	
机构所在地（项目 申请地）残联考核 评估意见	_____ 签章： _____年 月 日				

附件 9

肢体辅具评估适配表

姓名		性别	男 ☐ 女 ☐	出生日期	
既往辅具名称					
既往辅具使用情况					
目前存在的主要问题					
残疾人（包括监护人）对辅具的需求					
技术组 评估意见	辅具 _____ 矫形器 ☐ 踝足矫形器 ☐ 膝踝足矫形器 ☐ 矫形鞋 ☐ 脊柱矫形器 ☐ 手部矫形器 假肢 ☐ 大腿假肢 ☐ 小腿假肢 ☐ 手部假肢				
适配功能目标					
本人或监护人（签字）： _____ 技术组（签字）： _____ 年 月 日					

假肢处方表

姓 名		性 别	男 ☐ 女 ☐	出生日期	
截肢部位		截肢时间		截肢原因	
残肢评估	残肢形状	圆柱 ☐ 圆 锥 ☐ 圆 锤 ☐ 畸 形 ☐			
	残肢表面	疤痕 ☐ 神经瘤 ☐ 囊肿 ☐ 骨刺 ☐ 其他 ☐			
残肢有关 症状描述					
假肢 处方	假肢名称: _____ 要 求: _____ _____				
监护人(签字)			医师(签字)		

矫形器处方表

姓 名		性 别	男□ 女□	出生日期	
矫形器评估	下肢:				
	肌力	左	右	左	右
	伸髋/外展			屈髋/内收	
	伸膝			屈膝	
	足跖屈			足背屈	
	肌张力				
	屈髋肌群（伸、屈）	挛缩□L□R	紧张□L□R	正常□L□R	
	屈膝肌群（伸、屈）	挛缩□L□R	紧张□L□R	正常□L□R	
	足跖屈肌群（伸、屈）本体觉	挛缩□L□R	紧张□L□R	正常□L□R	
	髋	良好□L□R	一般□L□R	差□L□R	
膝	良好□L□R	一般□L□R	差□L□R		
	良好□L□R	一般□L□R	差□L□R		
	趾步态分析:	良好□L□R	一般□L□R	差□L□R	
其他情况说明:					
矫形器处方	□踝足矫形器（要求 _____）				
	□膝踝足矫形器（要求 _____）				
	□其他矫形器_____				
监护人 (签字)		医师(签字)			

视力辅具评估适配表

姓名		性别	☐ 男 ☐ 女	出生日期	
医疗机构 诊断结果	☐ 遗传、先天异常或发育障碍 ☐ 白内障（术前/术后） ☐ 青光眼（术前/术后） ☐ 屈光不正 ☐ 黄斑部病变（术前/术后） ☐ 角膜浑浊 ☐ 视神经病变 ☐ 脑外伤 ☐ 眼外伤 ☐ 视网膜色素膜病变 ☐ 视网膜脱离（术前/术后） ☐ 弱视 ☐ 外伤 ☐ 中毒 ☐ 眼球震颤 ☐ 其他：_____				
需求评估					
目前使用 助视器情况	☐ 无 ☐ 有，名称_____				
视功能评估	（包括远近视力、最佳矫正视力、屈光度数、中心视野检查、对比敏感度等）				
其他评估	（包括阅读能力测试、定向行走测试等）				
适配建议	辅具名称				
	适配目的				
评估人：		日期：			

附件 14

_____县（区）辅具适配登记汇总表

序号	姓名	性别	年龄	残疾证号	联系电话	辅具名称	数量	单位	补贴形式 (实物/现金)	辅具 机构	联系电话	本人或监 护人签字	是否进 行宣教
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

填表人：

县、区残联盖章：

注：假肢和矫形器单位均为例，一双代表2例。

附件 15

辅具产品验收情况表

供应商名称									
厂家联系人：				厂家联系电话：					
验收内容 序号	产品品名	产品型号	单位	数量	产品附加要素			与供应商投标文件中的承诺是否一致	备注（其它需要说明的内容）
					有无产品合格证	有无产品说明书	有无保修保养卡		
1									
2									
3									
4									

验收单位（盖章）：

负责人：

联系电话：

填表日期：

