休宁县残疾人联合会
休 宁 县 教 育 局
休 宁 县 公 安 局
休 宁 县 民 政 局
休 宁 县 财 政 局
休宁县卫生健康委员会
文件

休残联〔2024〕17 号

关于印发 2024 年休宁县困难残疾人康复工程实施方案的通知

各乡镇人民政府：

现将 2024 年《休宁县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。

休宁县残疾人联合会

休宁县教育局

休宁县公安局

休宁县民政局

休宁县财政局

休宁县卫生健康委员会

2024年4月12日

休宁县困难残疾人康复工程实施方案

为改善困难残疾人康复状况，着力提高困难残疾人社会保障和服务水平，根据《休宁县人民政府关于建立残疾儿童康复救助制度的实施意见》（休政〔2018〕63号）和《休宁县民生工作领导小组办公室关于2024年实施50+1项民生实事的通知》（休民生办〔2024〕4号）的部署，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，为全县412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，提倡使用治疗精神疾病的第二代药物。

（二）补助标准

每人每年补助1000元，所需经费由省级财政与县财政共同承担。省级补助部分，由省财政通过转移支付方式拨付至县级财政部门。县残联负责审核、统计汇总补助对象基本情况，并向财政部门提出资金申请，通过国库集中支付方式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“精补”。

（三）项目管理

1.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”，县残联负责基础信息数据库的日常管理及有关报送工作。

2.规范工作流程。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》（附件4），同时出具以下证明材料：一是**精神类别残疾人证**；二是**精神病门诊或住院治疗病历**等证明材料，其中应有当年或上一年度的诊疗记录。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。

各乡镇结合实际，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。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（街道）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.明确责任分工。在县委县政府领导下，残联、教育、公安、民政、卫生健康等部门要充分发挥本部门职能，进一步明确任务，落实责任，坚持制度衔接，保障项目落实落地，全面接受社会监督，确保符合条件的对象得到救助。

二、残疾儿童康复救助

（一）目标任务

2024年，为61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。

（二）补助标准

省定康复训练补助标准为每人每年15000元，在省定标准基础上，我县听力、智力、孤独症三类提标到每人每年16000元，脑瘫类提标到每人每年18000元。

（三）资金拨付

1.残疾儿童康复救助项目经费由县政府负责，中央及省级补助资金由省财政通过专项转移支付方式拨付至县级财政部门。省级补助不足部分，由市、县两级财政按 5：5 比例分担。提标资金根据救助对象年龄划分，由市、县财政分别承担：即 0-10 岁残疾儿童所需提标资金由市级财政承担，11-14 岁残疾儿童所需提标资金由县级财政承担。救助政策要与残疾儿童救助制度相衔接，经费不足部分由县财政筹集。

2.残疾儿童康复救助项目经费由县残联向县财政申报，按规定支付。资金拨付应当依据当地残疾儿童康复救助制度相关规定执行，参照政府购买服务资金支付的要求落实。

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。各地可结合实际情况，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。生活补贴资金打卡发放。

（四）项目管理

1.根据《黄山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。优先将符合条件的

民政部门设立的儿童福利机构纳入定点康复机构。

2.在选择定点康复机构和转介安置工作中，县残联和乡镇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。对于省外定点机构的选择，经县残联审核同意在有关定点康复机构接受康复服务发生的费用，由县残联商财政部门明确结算办法，补助标准低于我县标准的按当地标准执行。

3.县残联与各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省、市残联关于困难残疾人康复工程和精准康复服务有关文件要求，增强责任意识，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县残联备案；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个工作日内通报县残联，并及时查询督查复训或安排替补。

5.定点机构须与每位在训残疾儿童监护人签订市残联制订的规范制式的康复安置协议，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

关部门对定点机构进行安全管理工作检查。

6.按照《关于规范全省残疾儿童康复档案使用管理的通知》《关于加强残疾儿童康复救助定点机构儿童康复档案管理的通知》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，定点机构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。要持续加强残疾儿童经办服务水平，必须做到5个工作日内审核残疾儿童康复救助信息。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”，县残联负责基础信息数据库的日常管理及有关报送工作。

8.县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.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。

三、残疾人基本型辅助器具补贴

（一）目标任务

2024年，为全县152名有需求的持证残疾人适配基本型辅助器具给予补贴。为6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.基本型辅助器具补贴标准：根据黄山市《残疾人基本型辅助器具适配补贴目录》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，适配辅具每人补助1500元，包含产品（材料）购置、评估、制作、服务费等，具体按各地有关实施意见执行。

（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。各乡镇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镇残联提出申请，填写《安徽省残疾人基本型辅助器具适配补贴申请审批表》（附件7）。申请有困难的，也可委托他人代为申请。

（2）初审。乡镇残联对申请人提供的申请材料进行初审。

（3）复审。县残联进行复审。

（4）评估。县残联成立专业技术组开展评估；不具备评估条件的，可协议定点辅助器具服务机构开展评估。基本型辅助器

具部分，应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专业技术人员完成；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。确有困难的，可申请由省辅助器具中心给予支持完成。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。

（5）购买和补贴。县残联应依据省、市残联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。产品供应商根据县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、使用指导和定改制、维修等服务。

（7）结算。县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。一是要坚持医工结合、科学适配原则，统筹组织由执业医师、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。二是要继续按照《关于进一步做好辅助器具采购项目合同履约验收工作的通知》（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《市（县、区）辅具适配登记汇总表》和《辅具产品验收情况表》。三是要统筹安排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。四是要加强对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，加大专项资金监管力度。县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。加大项目资金监管力度，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。县残联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月调度，自 2024 年 3 月开始，县残联要于每月 22 日前将困难残疾人康复工程进展情况报至市残联康复科，市残联对各地工作开展情况将适时进行通报。落实《关于在困难残疾人康复工程中开展“四三三”行动的通知》，持续减证便民。继续开展全县困难残疾人康复工程日常督导及调研，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，各乡镇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。

本实施方案由县残联、县财政局负责解释。

附件：1．困难精神残疾人药费补助审批表

2．困难精神残疾人药费补助汇总表

3．残疾儿童康复救助项目安置（转送）考核表

4．安徽省残疾人基本型辅助器具适配补贴申请审批表

5．市（县、区）辅具适配登记汇总表

附件 1

困难精神残疾人药费补助审批表

_____县（市、区）_____乡镇（街道）_____村（社区）

<table>
<tr><td>姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>残疾人证号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>经济状况</td><td colspan="6">☐ 1.低保户　　☐ 2.家庭经济困难</td></tr>
<tr><td>医保情况</td><td colspan="6">☐ 1.城乡居民基本医疗保险　☐ 2.民政医疗救助　☐ 3. 其他医疗保险　☐ 4.无医疗保险</td></tr>
<tr><td>银行账号或一卡通号</td><td colspan="6">开户行：
账号：</td></tr>
<tr><td>监护人姓名</td><td></td><td>与患者关系</td><td></td><td>联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>监护人
承诺</td><td colspan="6">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</td></tr>
<tr><td>乡镇(街道)
残联意见</td><td colspan="6">审核人：公章
年　月　日</td></tr>
<tr><td>县（市、区）
残联审批
意见</td><td colspan="6">审核人：公章
年　月　日</td></tr>
</table>

注:本表由县（市、区）残联存档。

附件 2

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	监护人姓名	家庭住址	联系电话
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

附件 3

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）

<table>
<tr><td>儿童姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>残疾类别</td><td></td></tr>
<tr><td>残疾人证
或身份证号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>家长（监护人）
姓名</td><td></td><td>身份证号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>联系电话</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>安置申请</td><td colspan="5">申请前（转）往_____定点机构接受训练。
申请人（监护人）签字：　　年　月　日</td></tr>
<tr><td>机构意见</td><td colspan="5">定点机构（签章）
年　月　日</td></tr>
<tr><td>计划康复
起止日期</td><td colspan="5">年　月至　年　月</td></tr>
<tr><td>户籍所在
区县残联意见</td><td colspan="5">同意转送安置。
签字（公章）
年　月　日</td></tr>
<tr><td>实际康复
训练时间</td><td colspan="2">年　月
至　年　月</td><td>康复效果
机构自评</td><td colspan="2">□显效 □有效 □一般</td></tr>
<tr><td>机构所在地(项目申请地)残联考核评估意见</td><td colspan="5">签章:
年　月　日</td></tr>
</table>

附件 4

安徽省残疾人基本型辅助器具适配补贴申请审批表

<table>
<tr><td>申请人姓名</td><td></td><td>残疾类别</td><td colspan="3">视力□ 听力□ 肢体□
智力□ 精神□(多重残疾可多选)</td><td>残疾等级</td><td colspan="3">一级□ 二级□
三级□ 四级□
未定级□</td></tr>
<tr><td>残疾人证/身份证号</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td>性 别</td><td></td><td colspan="2">家庭地址</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>联系人</td><td></td><td colspan="2">联系电话</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">申请适配辅具项目</td><td></td><td colspan="3">辅具名称</td><td colspan="2">数量</td><td colspan="3">申请（代理）人签字</td></tr>
<tr><td>1</td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td><td colspan="3" rowspan="3">年 月 日</td></tr>
<tr><td>2</td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>3</td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>乡镇(街道)残联初审意见</td><td colspan="9">审核人意见：

签字（公章）：
年 月 日</td></tr>
<tr><td>县(市、区)残联复审意见</td><td colspan="9">审核人意见：

签字（公章）：
年 月 日</td></tr>
</table>