

石台县残疾人联合会
石台县教育和体育局
石台县民政和卫生健康局
石台县财政局
石台县卫生健康局
石台县残疾人联合会

文件

石残联〔2021〕8号

关于印发《石台县 2021 年困难残疾人康复实施方案》的通知

各乡镇残联、中心学校、公安派出所、民政所、财政分局、卫生院：

现将《石台县 2021 困难残疾人康复实施方案》的通知印发给你们，请结合实际，认真贯彻执行。



石台县残疾人联合会



石台县教育和体育局



石台县公安局



石台县民政局



石台县财政局



石台县卫生健康委员会

2021 年 4 月 22 日

石台县 2021 年困难残疾人康复实施方案

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《池州市 2021 年困难残疾人康复实施方案》（池残联〔2021〕12 号），制定本方案。

一、困难精神残疾人药费补助

（一）目标任务

2021 年，为全县 408 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）补助标准及资金安排

精神残疾人药费补助项目，每人每年 1000 元。294 名省级任务所需经费由省级财政与县财政按 8:2 分担。省级补助部分，由省财政通过转移支付方式拨付至各县级财政部门。114 名市级扩面部分，由市、县统筹，按 1:1 分担。县残联负责审核、统计汇总补助对象基本情况，并报县财政部门复核后，由县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由乡镇残联及时录入“中国残疾人服务平台精准康复系统”，县残联负责基础信息数据库的日常管理及有关报送工

作。

补助对象本人或其监护人要向户籍所在地乡镇（街道）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（应当有当年或上一年度的诊疗记录）；
3. 低保证或民政部门出具的贫困证明；
4. 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。

县残联将困难精神残疾人补贴项目受益对象及时抄送县公安和卫生健康部门精防机构，切实建立健全本级精防工作信息共享机制。

（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. 县乡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。教育、公安、民政、卫生健康等部门要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救助。

3. 县乡残联等相关部门要重视做好疫情防控和宣传发动工作，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

2021 年，为 18 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，其中省级任务 15 名，市级扩面 3 名；为 8 名残疾儿童适配假肢矫形器或其他辅具提供救助。

（二）补助标准及资金安排

1. 视力、听力、言语、肢体、智力等残疾儿童和孤独症儿童康复训练费每人每年补助 15000 元。省级任务省财政按每人每年 7200 元予以补助，市财政按每人每年 3000 元配套，县财政按每人每年 4800 元配套；市级扩面由市财政与县财政统筹，按 1:1 分担。

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。所需经费由省、市级财政统筹安排，其中，省级任务由省级财政安排，市级扩面所需资金由市、县统筹，按 1:1 分担。

（三）资金拨付

1. 残疾儿童康复训练救助、适配假肢矫形器和其他辅具等项目经费，由省市财政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县财政部门申报，按规定支付。资金拨付应当依据残疾儿童康复救助制度相关规定执行，按照政府购买服务资金支付的要求落实，其中：康复训练费用直接支付至定点康复训练机构，辅具安装及验配等服务费用直接支付至相关服务供应单位。

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。县残联可结合实际情况，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. 根据《安徽省残疾儿童康复救助定点机构康复服务协议管理办法（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。

2. 在选择定点康复机构和转介安置工作中，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。

3. 县残联要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省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。

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个工作日内，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。

5. 定点机构须与每位在训残疾儿童监护人签订属地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。

6. 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，定点机构应当保护残疾儿童及其监护人的个人信息。

7. 残疾儿童辅具适配、假肢矫形器制作由市残联成立专业技术组，委托省残疾人辅助器具中心协助完成。

8. 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”，县残联负责基础信息数据库的日常管理及有关报送工作。

9. 县残联和定点机构要及时将受助对象基本情况以适当方式公示，主动接受社会监督。如有弄虚作假，取消机构的“定点”资格。

10. 要统筹做好新冠肺炎疫情防控 and 残疾儿童康复救助工作。要提高政治站位，增强风险意识，强化底线思维，加强疫情防控期间残疾儿童康复救助工作的组织领导，采取切实措施做好对定点康复机构监督指导、掌握救助对象健康状况、强化应急妥善处置、落实残疾儿童安全便利转介等工作。残疾儿童康复定点机构要严格按照行业主管部门和上级残联要求，精心做好做实疫情防控工作。要精准掌握并跟进工作人员和在训儿童健康状况，坚持执行异常情况报告制度；要积极开展疫情防控知识宣传和家长心理疏导工作；要全面、规范落实各项安全制度和疫情应对预案，要长期统筹做好疫情防控、机构规范化建设、残疾儿童精准康复服务等工作。

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，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。本办法由县残联、县财政局负责解释。

- 附件：1. 2021 年度困难精神残疾人药费补助和残疾儿童康复救助任务分配表
2. 池州市困难精神残疾人药费补助审批表
3. 池州市困难精神残疾人药费补助汇总表
4. 池州市残疾儿童康复救助项目安置（转送）考核表
5. 池州市残疾儿童康复救助申请审批表

附件 1

残疾儿童抢救性康复及贫困精神残疾人药费补助任务分配表

乡镇	残疾儿童康复训练 及矫治	贫困精神病人药费补助（人）		
		合计	省	市
七都镇	2	49	40	9
横渡镇	1	64	46	18
仙寓镇	3	77	57	20
大演乡		26	18	8
丁香镇		33	20	13
小河镇	7	59	42	17
矾滩乡	1	21	20	1
仁里镇	4	79	51	28
合计	18（另矫形及辅具适 配根据实际安排）	408	294	114

附件 2

池州市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	<input type="checkbox"/> 1.低保户 <input type="checkbox"/> 2.家庭经济困难				
医保情况	<input type="checkbox"/> 1.城乡居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 2.民政医疗救助 <input type="checkbox"/> 3. 其他医疗保险 <input type="checkbox"/> 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（市、区）残联审批意见	审核人：公章 年 月 日				

注:本表由县（市、区）残联存档。

附件 3

池州市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						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

附件 4

池州市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				
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				
计划康复 起止日期	_____年 月 至 _____年 月				
实际康复 训练时间	至	_____年 月	_____年 月	康复效果 机构自评	<input type="checkbox"/> 显效 <input type="checkbox"/> 有效 <input type="checkbox"/> 一般
机构意见	_____定点机构（签章） _____年 月 日				
机构所在地残 联组织专家考 核评估意见	_____签章： _____年 月 日				

附件 5

池州市残疾儿童康复救助申请审批表

县(区)

乡镇（街道）

村（社区）

儿童姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民族	
出生年月		身份证号			
家庭住址				邮政编码	
监护人姓名		工作单位		联系电话	
残疾类别		医疗机构临床 诊断评估情况			
康复需求	<input type="checkbox"/> 手术矫治 <input type="checkbox"/> 配置辅助器具 <input type="checkbox"/> 康复训练				
经济状况	<input type="checkbox"/> 低保家庭 <input type="checkbox"/> 建档立卡家庭 <input type="checkbox"/> 特困供养 <input type="checkbox"/> 孤儿保障 <input type="checkbox"/> 其它家庭				
享受医疗	<input type="checkbox"/> 享受城镇居民基本医疗 <input type="checkbox"/> 享受新型农村合作医疗				
保险情况	<input type="checkbox"/> 享受其他医疗保险 <input type="checkbox"/> 无医疗保险				
监护人申请	申请人： 年 月 日				
乡镇（街道） 残联 审核意见	审核人： 公 章 年 月 日				
县（区）残联 审批意见	审批人： 公 章 年 月 日				