云阳县残疾儿童康复救助制度实施办法

（征求意见稿）

第一章 总则

第一条 根据《残疾预防和残疾人康复条例》和《国务院关于建立残疾儿童康复救助制度的意见》（国发〔2018〕20号）、《重庆市人民政府关于印发重庆市“十四五”残疾人保障和发展规划（2021-2025年）的通知》（渝府发〔2021〕43号）、《重庆市残疾儿童康复救助制度实施办法（试行）》（渝残联发〔2018〕111号）、《重庆市残疾人儿童康复救助定点服务机构管理实施办法（试行）》（渝残联发〔2021〕188号）等文件精神，修改制定本办法。

第二条 残疾儿童康复救助，应坚持党委领导、政府主导、部门配合、社会参与、市场推动相结合的工作方式，按照兜底线、织密网、建机制的要求，与经济社会发展水平相适应，与社会保障及社会福利制度有效衔接，确保到2025年残疾儿童普遍享有基本康复服务，健康成长、全面发展权益得到有效保障。

第二章 康复救助对象及条件

第三条 康复救助对象

（一）0-6岁（不满7周岁，年龄计算以开始康复服务时间为准），符合救助条件的视力、听力、言语、肢体、智力等残疾儿童和孤独症儿童。城乡最低生活保障家庭、特困人员、监测户（边缘户）人员、多残家庭户、儿童福利机构收留抚养的持证残疾儿童、残疾少年，救助放宽到17岁。

（二）经听力语言康复后已进入普通学校就读的不满17岁的语前聋患者及不满18岁的语后聋患者可接受人工耳蜗植入及康复训练一次性救助。

（三）针对手术适应症，不满17岁的肢体残疾儿童可接受矫治手术康复救助。

第四条 康复救助对象条件

（一）具有重庆市云阳县户籍。

（二）基本康复训练救助对象在区县以上残联定点康复机构或在其他省（自治区、直辖市）县级以上残联确定的定点康复机构接受训练的0至6岁残疾儿童。城乡最低生活保障家庭、特困人员、监测户（边缘户）人员、多残家庭户、儿童福利机构收留抚养的持证残疾儿童、残疾少年，救助年龄放宽到17岁。

（三）城乡最低生活保障家庭户、低收入家庭户的肢体残疾儿童手术适应症，不满17岁的可接受矫治手术康复救助。

（四）诊断明确

1.肢体残疾儿童（脑瘫康复训练）

—0-6周岁（不满7岁），7-17周岁（不满18岁）持证残疾人，符合救助条件、有县级以上医院诊断明确、有康复需求的脑瘫儿童。

1. 肢体残疾儿童（假肢、矫形器适配）

—0-6周岁（不满7岁），7-17周岁（不满18岁）持证残疾人符合救助条件持证有需求、经县级以上医疗机构评估适合配置辅助器具的残疾儿童。

1. 智力残疾儿童

 —0-6周岁（不满7岁），7-17周岁（不满18岁）持证残疾人符合救助条件、三甲医院明确诊断、有康复需求的智力残疾儿童。

1. 孤独症儿童康复

—0-6周岁（不满7岁），7-17周岁（不满18岁）持证残疾人符合救助条件、三甲医院明确诊断、有康复需求的孤独症儿童。

第三章 康复救助内容、标准和经费使用范围

第五条 手术康复

**1. 人工耳蜗植入手术。**为听力损失重度以上，配戴助听器康复效果不佳，医学检查无手术禁忌症，双侧耳蜗及内听道结构正常、无蜗后病变，精神、智力及行为发育正常，经专家组评估符合植入人工耳蜗条件的听力残疾儿童植入手术提供一次性补助，补助标准为12000元/人，包括术前检查（复筛）、手术及术后5次调机（含开机）。

**2. 矫治手术。**为先天性关节畸型如马蹄足、先天性关节脱位如髋关节、膝关节脱位；小儿麻痹后遗症、脊膜膨出后遗症等导致肌腱挛缩、关节畸型及脱位；脑瘫或脑损伤导致的严重痉挛、肌腱挛缩、关节畸型及脱位等肢体残疾儿童提供矫治手术补助，补助标准为20000元/人•年，包括手术费、术后康复训练费、矫形器适配费。

第六条 辅助器具适配

**1. 视力残疾儿童。**免费适配盲杖、助视器等辅助器具。

**2. 肢体残疾儿童。**经评估需适配假肢、矫形器的肢体残疾儿童，适配踝足矫形器、矫形鞋，补助标准为1500元/人•年；适配大（小）腿假肢、膝踝足矫形器、脊柱矫形器等辅助器具，补助标准为5000元/人•年；免费适配儿童轮椅、坐姿椅、站立架、助行器等辅助器具。

假肢、矫形器补助费用，零部件及材料费占60%，制作费（诊断评估、制作和适应性训练）占40%。

**3. 听力残疾儿童**

（1）为符合条件的听力残疾儿童免费提供人工耳蜗产品1套。

（2）为精神、智力及行为发育正常，经评估适合符合佩戴助听器条件的听力残疾儿童一次性免费提供2台全数字助听器，同时一次性补助助听器适配、耳模制作、电池购置、一年内调试服务费，补助标准为1200元/人。

第七条 基本康复训练

1. 视力残疾儿童

（1）为低视力儿童提供视觉基本技能训练，训练时间不少于8次（一天只能计算一次），每次至少2小时，补助标准1000元/人•年。

（2）为盲童提供定向技能及行走训练、社会适应能力训练，训练时间不少于8次（一天只能计算一次），每次至少2小时，补助标准1000元/人•年。

2. 听力、肢体、智力残疾儿童及孤独症0-6岁儿童、7-17岁持证符合条件残疾儿童、少年在定点服务机构接受康复训练，补助标准为20000元/人·年，每月康复训练补助标准限额2500元/人，每日康复训练补助标准限额150元/人。

3.听力、肢体、智力残疾儿童及孤独症儿童康复训练定点服务机构应根据残疾儿童需求开展适宜的康复训练项目。在残疾儿童康复救助项目内，个训（一对一）时间不低于30分钟/节，费用结算标准不超过75元/节；小组（组额不超过8名残疾儿童）训练时间不低于30分钟/节，费用结算标准不超过20元/节·人；集体（组额不超过15名残疾儿童，专业技术人员配置不低于2名）训练时间不低于30分钟/节，费用结算标准不超过15元/节·人。

4.在残疾儿童康复救助补助限额及费用结算标准内，定点服务机构不得向残疾儿童监护人收取额外费用，超出规定限额及标准部分由定点服务机构自行承担。在残疾儿童监护人自愿的前提下，定点服务机构可依据残疾儿童的实际康复需求，为残疾儿童提供超出康复救助补助限额和结算标准以外的有偿服务，所产生的费用由残疾儿童监护人自行承担，收费项目和标准应当向社会公示。

第八条 康复训练生活交通救助

对0-6岁（不满7岁）残疾儿童，7-17周岁（不满18岁）持证符合条件残疾儿童、残疾少年，进入康复机构接受康复救助的残疾儿童、残疾少年给予生活、交通补助每人每月200元，每年按10个月结算。

第四章 康复救助流程

第九条 申请

残疾儿童监护人填写《重庆市残疾儿童康复救助申请审批表》（附件1），持家庭户口本、诊断证明，向残疾儿童户籍所在地乡镇（街道）残联提出申请。代为申请的需提供残疾儿童监护人出具的委托授权书。

第十条 审核

由县残联负责审核申请人提交的相关材料。经审核符合康复救助条件的，由县残联填写《重庆市残疾儿童康复救助申请审批表》，根据《重庆市残疾儿童康复机构等级评估实施方案（试行）》（渝残联发〔2018〕31号）等文件，按照就近就便原则安排定点康复机构，核定补助标准并签字、盖章确认。经审核不符合救助条件的及时向残疾儿童监护人反馈。

1. 实施

受助残疾儿童持《重庆市残疾儿童康复救助申请审批表》、《残疾人精准康复服务手册》到定点康复机构接受康复救助。定点康复机构与残疾儿童监护人签署康复救助协议或告知书，明确双方责任、义务。定点康复机构按要求做好残疾儿童康复服务相关档案资料。

1. 结算

残疾儿童接受康复救助的费用，由定点康复机构向县残联提交《重庆市残疾儿童康复救助申请审批表》、《残疾人精准康复服务手册》、《重庆市残疾儿童康复救助定点服务机构康复训练费用月结算表》（附件2）等相关资料，经县残联审核后，报同级财政部门下达资金。对已纳入城乡居民合作医疗保险、城乡居民大病保险、医疗救助等政策范围的，应先按照城乡居民合作医疗保险、城乡居民大病保险有关政策规定报销，医疗救助后，再由残疾儿童康复救助资金给予补助。实际产生的康复费用低于补助标准的，按实际费用给予补助；高于补助标准的，按补助标准给予补助。残疾儿童监护人按照自愿、就近就便的原则自主选择定点康复机构接受康复救助。经县残联审核同意残疾儿童在县外市内其他区县和其他省（自治区、直辖市）确定的定点康复机构接受康复服务发生的费用，由县残联据实进行结算。

第五章 定点康复机构认定

第十三条 人工耳蜗植入手术、肢体矫治手术定点医院按照自愿申请的原则，由市残联会同市卫计委组织相关专家根据中国残联制定的《重庆市残疾儿童康复救助定点服务机构管理实施办法（试行）》（渝残联发〔2021〕188号）确定。

第十四条 听力言语、脑瘫、智力残疾儿童、孤独症儿童康复训练机构及辅助器具适配和听力残疾儿童助听器验配机构，按照自愿申请的原则，由市残联根据重庆市地方标准—《残疾儿童康复机构等级划分要求（DB50/T731—2016）》和《重庆市残疾儿童康复救助定点服务机构管理实施办法（试行）》（渝残联发〔2021〕188号）予以确定。视力残疾儿童康复训练机构，由县残联会同有关部门在有服务能力的机构中确定。

第六章 康复救助管理与监督

第十五条 残疾儿童康复救助制度实行乡镇人民政府、街道办事处负责制，乡镇人民政府、街道办事处应将残疾儿童康复救助工作列入重要议事日程和考核评价指标体系，县财政、教育、民政、人力社保、卫生健康、审计、市场监管、残联、妇联等相关部门要履职尽责、协作配合，对辖区内定点康复机构、康复专业人员和康复救助资金加强监管，共同做好残疾儿童康复救助工作，并建立以技术专家组为主、相关部门共同参与的残疾儿童康复救助效果评价机制。

第十六条 效果评估。建立健全评估工作机制，做到服务前评估、阶段性评估、终期评估、常规评估和抽测性评估相结合。

第十七条 县级各有关部门要加大残疾儿童康复机构的培育和监管，积极推进教育、医疗、民办非企业等各类机构开展残疾儿童康复工作，涉及机构安全、消防、财务等方面的监督管理，按照属地管理的原则，由机构上级主管部门及相关政府职能部门分工进行监督管理。

第十八条 县财政、审计等部门要加强对残疾儿童康复救助资金使用情况的监督检查，及时查处挤占、挪用、套取等违纪违法现象。

第十九条 县民政、人力社保、乡村振兴、残联等相关部门要做好政府其他救助政策和残疾儿童康复救助制度的政策衔接，加强残疾儿童数据比对和共享工作。

第二十条 县残联要做好残疾儿童康复救助工作的组织实施，积极发挥组织协调和服务作用；准确掌握本地残疾儿童底数、康复需求、康复救助情况，并将需求和救助情况及时录入“残疾人精准康复服务管理系统”等数据库，建立完善救助对象档案资料，做到“一人一档”，并于每年12月15日前向市残联上报《重庆市残疾儿童康复救助汇总表》（附件3）。

第七章 经费保障

第二十一条 县财政根据残疾儿童数量、救助标准、工作保障等及市级以上财政转移支付情况，科学测算救助资金和工作经费需求，将残疾儿童康复救助资金及相应工作经费纳入政府预算，确保符合条件的残疾儿童应救尽救。

 第八章 附则

第二十二条 本办法由县残联、县财政局、县教委、县民政局、县人力社保局、县卫生健康委、县审计局、县市场监管局、县乡村振兴局、县妇联负责制定、解释。

第二十三条 本办法自公布之日起实施。原《云阳县残疾儿童康复救助制度实施办法》云残联发〔2022〕2号作废。

附件：1. 重庆市残疾儿童康复救助申请审批表

2．重庆市残疾儿童康复救助定点服务机构康复训练

费用月结算表

3. 重庆市残疾儿童康复救助汇总表

附件1

重庆市残疾儿童康复救助申请审批表

（ 年度）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号 |  | 残疾人证号（持证必填） |  |
| 残疾类别 | □视力□言语听力□肢体□智力□精神（孤独症） （多重残疾可多选） |
| 残疾等级 | □一级□二级□三级□四级□未定级 |
| 家庭住址 |  | 监护人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 家庭经济状况 | □城乡最低生活保障家庭 建档立卡贫困户家庭□儿童福利机构收留抚养 残疾孤儿□纳入特困人员供养范围残疾儿童□其他经济困难家庭 | 户口类别 | □农业户□非农业户 |
| 享受医疗保险情况 | □享受城乡居民基本医疗保险 享受医疗救助 享受其他保险 无医疗保险 |
| 康复救助项目 | 1.手术：□人工耳蜗植入手术 □肢体矫治手术2.辅助器具：□助视器 □假肢、矫形器 □儿童轮椅、助行器等□人工耳蜗 □助听器3.基本康复训练：□视觉技能训练 定向行走训练 □听力语言训练 □脑瘫康复训练 □智力康复训练 □孤独症康复训练4.其他： |
| 定点康复机构 |  |
| 补贴方式 | □免费 □定额补助（金额： ） |
| 残疾人或监护人申请 |  申请人： 年 月 日 |
| 区县（自治县）残联审批意见 |  审核人： 盖章 年 月 日 |

区县残联联系人： 联系电话：

填表说明：1.此表一式两份，由区县残联审批，区县残联、定点康复机构各留存一份。2. “康复救助项目”栏由区县残联依据诊断证明和救助内容填写。

附件2

重庆市残疾儿童康复救助定点服务机构康复训练费用月结算表

（2022年X月）（模板）

机构名称（盖章）：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 儿童姓名 |  | 儿童身份证号 |  |
| 序号 | 康复训练日期 | 个训课 | 小组课 | 集体课 | 金额合计（元） | 家长签字 |
| 授课老师 | 训练时长 | 训练费用 | 授课老师 | 训练时长 | 训练费用 | 授课老师 | 训练时长 | 训练费用 |
| 1 | 2022年X月X日 | xxx | 09：00-09：30 | 75 | xxx | 09：30-10：00 | 25 | xxx/xxx | 10：00-10：30 | 20 | 120 |  |
| 2 | 2022年X月X日 | xxx | 09：00-10：00 | 150 |  |  |  |  |  |  | 150 |  |
| 3 | 2022年X月X日 | xxx | 09：00-9：30 | 75 | xxx | 10：00-10：30 | 25 | xxx/xxx | 14：00-14：30 | 20 | 145 |  |
| xxx | 10：30-11：00 | 25 |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申请结算经费 | / | / |  | / | / |  | / | / |  | 2500 |  |

备注：1.以自然月为单位，一人一表据实填写并进行结算。2.只填写正常参加康复训练的天数。

附件3

重庆市残疾儿童康复救助汇总表

（ 年度）

区县（自治县）残联（盖章） 负责人签字：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 受助儿童姓名 | 性别 | 身份证号码 | 受助项目 | 定点康复机构名称 | 受助起止时间 | 监护人姓名 | 与儿童关系 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：受助项目按本实施办法救助项目填写。

填表人：