

常州市金坛区人民政府办公室文件

坛政办发〔2019〕99号

区政府办公室关于印发《常州市金坛区 残疾儿童康复救助实施办法》的通知

各镇人民政府、街道办事处，区各有关单位：

《常州市金坛区残疾儿童康复救助实施办法》已经区政府同意，现予以印发，请认真贯彻执行。

常州市金坛区人民政府办公室

2019年10月25日

（此件公开发布）

常州市金坛区残疾儿童康复救助实施办法

为全面落实《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）、《省政府关于完善残疾儿童康复救助制度的实施意见》（苏政发〔2018〕129号）和《市政府关于印发<常州市残疾儿童康复救助制度实施办法>的通知》（常政发〔2019〕59号）文件精神，进一步做好残疾儿童康复救助工作，保障残疾儿童康复权利，促进残疾儿童全面发展，现结合我区实际，制定本实施办法。

一、基本原则

坚持政府主导、部门协作、社会参与。发挥政府“保基本”作用，推进基本康复服务均等化；残联组织和教育、民政、卫健、医保等有关部门协作配合，加强信息共享，切实提高残疾儿童康复救助水平；鼓励、支持和引导社会组织通过承接政府购买服务、志愿助残、公益创投等方式，扩大康复服务供给，提高服务能力。

坚持制度衔接、规范有序、公开公正。加强与基本医疗保险、大病保险、临时救助等社会保障制度的有效衔接；建立科学规范、便民高效的运行机制，确保残疾儿童得到及时康复；主动接受群众和社会监督，做到公开透明，公平公正。

坚持保障基本、突出重点、应救尽救。着力满足残疾儿童基本康复服务需求；坚持“救小、救早”，积极开展低龄儿童抢救性康复服务，优先救助贫困家庭残疾儿童；加强各级统筹，全力

做好残疾儿童康复救助工作。

二、救助对象和条件

拥有金坛户籍，有康复需求和康复意愿，并经有专业资质医疗机构评估诊断，认定有康复训练适应指征的 0—14 岁残疾儿童和自费接受人工耳蜗植入术的 0—6 岁听力残疾儿童。

三、救助内容和标准

（一）救助内容。为 0—14 岁听力言语、肢体、智力、孤独症等残疾儿童和 0—6 岁视力残疾儿童提供基本康复训练，为 0—6 岁听力残疾儿童提供人工耳蜗植入补助。

（二）救助标准。0—6 岁残疾儿童听力语言康复救助为 1700 元/人/月，智力残疾、多重残疾康复救助为 2300 元/人/月，孤独症、肢体残疾（包括脑瘫）康复救助为 2200 元/人/月，视力残疾康复救助为 500 元/人/月；7—14 岁残疾儿童按 0—6 岁残疾儿童救助标准的一半实施救助（视力残疾康复除外）。为 0—6 岁听力残疾儿童自费植入人工耳蜗提供一次性补助，低保和低保边缘家庭补助 4 万元/人，其他家庭补助 2 万元/人。

四、救助申请和审批

申请：凡符合 0—14 岁残疾儿童康复救助条件的残疾儿童家庭，由其法定监护人（委托监护人）携带户籍有效证件、《残疾人证》或有专业资质医疗机构开具的诊断证明书原件；申请 0—6 岁人工耳蜗植入补助需提供植入手术病历等相关材料和缴费收据、《医疗保障卡》，低保和低保边缘家庭还需提供《城市（农

村)居民最低生活保障金领取证》、《城市(农村)低保边缘困难家庭救助证》，向户籍所在地社区(村)居(村)委会提出申请，填写《常州市残疾儿童康复训练救助审批表》或《常州市 0—6 岁听力残疾儿童人工耳蜗植入补助审批表》。

审核：社区(村)居(村)委会进行初审，将符合条件的救助对象报街道(镇)残联进行复审。

审批：街道(镇)残联将审核材料报区残联审批，0—14 岁残疾儿童康复救助由区残联核发《常州市残疾儿童康复救助卡》(以下简称《救助卡》)，救助对象凭《救助卡》到市或区残联定点的康复机构接受康复训练，确需转外地康复训练的必须在本地办理审批和转介手续(异地康复机构应为定点机构)。0—6 岁听力残疾儿童人工耳蜗植入补助由区残联审批确定，按标准给予补助。

各级残联和定点康复机构及时将符合条件的残疾儿童康复救助信息录入到中残联精准康复服务管理信息系统；对于不符合条件者，要书面或当面告知具体原因，并做好记录。

五、康复训练与评估

(一)受助残疾儿童凭《救助卡》到定点康复机构办理康复训练登记，接受康复训练。定点康复机构应与残疾儿童监护人或代理人签订服务协议，按照《残疾人服务机构管理办法》(民发〔2018〕31 号)规定，载明服务内容和服务方式、收费标准及费用支付方式、权利和义务等相关内容。《救助卡》由机构保管，机构每季度汇总记录康复服务费用情况。持卡残疾儿童转机构或

自行放弃康复训练时，定点康复机构须及时报告区残联，转其他机构训练需要重新提交审批表，发放《救助卡》后才能享受康复训练补贴。

（二）定点康复机构按照江苏省残联印发的《各类别残疾儿童基本康复项目服务规范》开展康复训练，国家和省相关部门出台新的服务规范后按新规范执行。为收训的残疾儿童建立完整的康复服务档案（一人一档），内容包括残疾儿童基本情况、康复教学计划与实施记录、评估记录等内容，并按照要求及时将残疾儿童康复训练情况录入到中残联精准康复服务数据库。

（三）建立自评与第三方机构相结合的康复效果评估机制。康复机构于每年 11 月底向区残联提交康复效果自评报告，残联通过政府购买服务的方式委托第三方机构对各定点机构救助项目实施情况进行绩效评估。

六、经费保障与拨付

康复训练和人工耳蜗植入补助经费由区财政承担。

在金坛区范围内定点康复机构进行康复训练的残疾儿童的康复救助经费，按照残疾儿童实际康复时间，由区残联与定点康复机构进行结算。定点康复机构按照我区救助标准和残疾儿童康复项目医保报销金额确定收费标准。

转介到金坛区外进行康复训练的残疾儿童救助费用根据我区救助标准结算，低于标准按实结算，高于标准按标准结算，实行“先付费后救助”的原则，由残疾儿童家长先行支付康复训练

费用，每年 11 月底区残联按照实际康复时间与残疾儿童家长结算。

康复训练时间不足 15 天的，救助经费按照月标准减半结算；超过 15 天不满一个月的，救助经费按照月标准全额结算。

当月 15 日（含本日）前满 7 周岁的按照 0—6 岁救助标准的月标准减半结算；当月 15 日后满 7 周岁的按照 0—6 岁救助标准的月标准全额结算。

人工耳蜗植入补助经费由区残联于每年的 7 月和 12 月统一办理，直接与残疾儿童家长结算。

七、监督与管理

区政府将残疾儿童康复救助工作列入重要议事日程，作为政府目标管理和绩效考核的重要内容；将康复机构设置纳入基本公共服务体系规划，强化康复机构规范化建设；支持鼓励社会力量多种形式举办康复机构，并与政府举办的康复机构执行相同政策。残联组织、教育、民政、财政、卫健、医保等部门要履职尽责、协作配合，加强工作衔接和信息共享，深化“放管服”改革，切实提高便民服务水平，共同做好残疾儿童康复救助工作。

残联组织要切实发挥牵头作用，加强宣传发动、组织协调，会同有关部门全面摸清残疾儿童康复需求，做好康复救助申请受理、审核、汇总工作，制定康复救助计划，组织康复检查、指导、评估、培训。会同有关部门加强残疾儿童康复机构建设，对定点康复机构准入、退出等实施严格监管，建立定期检查、综合评估机制，指导定点康复机构规范内部管理、提高服务质量、加强风

险防控。依托残疾人精准康复服务管理系统，加强残疾儿童康复救助服务数据信息管理与共享。

教育部门要支持具备条件的特殊教育学校、普通学校（幼儿园）融合教育资源中心开展残疾儿童康复机构申报认证工作，并开展康复服务；逐步完善随班就读保障体系，为康复后的残疾儿童进入普通小学或幼儿园就读提供支持保障。

民政部门要加强社会办残疾儿童康复服务机构的注册登记审核和监督管理，组织儿童福利机构开展残疾儿童康复工作，协调社会捐助资金支持残疾儿童康复，负责做好残疾儿童家庭经济困难认定工作。

财政部门负责落实康复救助资金并确保及时拨付到位，对康复经费使用情况进行检查与监督。

卫健部门要加强对定点康复医疗机构的管理和指导，加强康复专业技术人员培养、培训工作；指导妇幼保健等医疗机构开展残疾预防和残疾儿童的早期筛查、诊断、干预、转介等工作。

医保部门按照规定将符合条件的残疾儿童康复费用纳入城乡居民医疗保险支付范围，并按照上级统一部署逐步扩大支付范围。

八、其他事项

本办法自 2019 年 7 月 1 日起实施，相关事宜由区残联负责解释。

附件：1.常州市金坛区 0—6 岁残疾儿童康复训练救助审批表
2.常州市金坛区 7—14 岁残疾儿童康复训练救助审批表
3.常州市金坛区残疾儿童康复训练转介单
4.常州市金坛区 0—6 岁听力残疾儿童人工耳蜗植入
补助审批表

附件 1

常州市金坛区 0—6 岁残疾儿童康复训练救助审批表

_____镇（街道）_____村（社区） 编号：_____

姓 名		性别		出生年月		照片
残疾类别		证件号码				
家庭住址						
法定监护人	姓 名	关系	单 位			
社会保障号				联系电话		
申请理由 及康复需求	监护人签名：_____ 年 月 日					
定点机构 评估诊断	医师签名：_____ （盖章）_____ 年 月 日					
镇、街道 残联意见	负责人：_____ （盖章）_____ 年 月 日					
区残联意见	负责人：_____ （盖章）_____ 年 月 日					

备注：此表一式三份，区、镇（街道）、定点康复机构各执一份，相关资料复印件由区残联保存。

附件 2

常州市金坛区 7—14 岁残疾儿童康复训练救助审批表

_____镇（街道）_____村（社区） 编号：_____

姓 名		性别		出生年月		照片
残疾类别		证件号码				
家庭住址						
法定监护人	姓 名	关系	单 位			
社会保障号				联系电话		
申请理由 及康复需求	监护人签名：_____ 年 月 日					
定点机构 评估诊断	医师签名：_____ （盖章）_____ 年 月 日					
镇、街道 残联意见	负责人：_____ （盖章）_____ 年 月 日					
区残联意见	负责人：_____ （盖章）_____ 年 月 日					

备注：此表一式三份，区、镇（街道）、定点康复机构各执一份，相关资料复印件由区残联保存。

附件 3

常州市金坛区残疾儿童康复训练转介单

(残联留存)

_____：(定点康复机构名称)

经审核，_____ (男/女)，_____ 年 _____ 月 _____ 日出生，残疾人(身份)证号码：_____，监护人姓名：_____ (父/母/其他 _____)，联系电话：_____，家庭地址：_____

_____，符合常州市金坛区残疾儿童康复项目_____类康复训练救助条件。现根据其监护人申请意见，同意转入你机构进行康复训练。有关康复训练救助经费按我区残联相关规定执行。

单位：(盖章)

年 月 日

.....

常州市金坛区残疾儿童康复训练转介单

(机构留存)

_____：(定点康复机构名称)

经审核，_____ (男/女)，_____ 年 _____ 月 _____ 日出生，残疾人(身份)证号码：_____，监护人姓名：_____ (父/母/其他 _____)，联系电话：_____，家庭地址：_____

_____，符合常州市金坛区残疾儿童康复项目_____类康复训练救助条件。现根据其监护人申请意见，同意转入你机构进行康复训练。有关康复训练救助经费按我区残联相关规定执行。

单位：(盖章)

年 月 日

附件 4

常州市金坛区 0—6 岁听力残疾儿童 人工耳蜗植入补助审批表

_____镇（街道）_____村（社区） 编号：_____

姓 名		性别		出生年月		照片
证件号码		社会保障号				
家庭住址						
家庭经济状况	低保 ☐ 低保边缘 ☐ 其他 ☐					
联系人			联系电话			
需求申请	监护人签名：_____ 年 月 日					
镇、街道残联意见	负责人：_____（盖章） _____ 年 月 日					
区残联意见	负责人：_____（盖章） _____ 年 月 日					

备注：此表一式二份，区、镇（街道）各执一份，户口簿、社会保障卡、手术病历、缴费收据等相关材料复印件由区残联保存。

