

关于印发《东至县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《东至县2021年困难残疾人康复实施方案》印发给
你们，请结合实际，认真贯彻执行。

东至县残疾人联合会

东至县教育和体育局

东至县公安局

东至县民政局

东至县财政局

东至县卫生健康委员会

2021年4月16日

（此件主动公开）

东至县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，根据县人民政府关于2021年实施民生工程的工作部署和市残联《关于印发〈池州市2021年困难残疾人康复实施方案〉的通知》（池残联〔2021〕12号）文件精神，制定本方案。

**一、困难精神残疾人药费补助项目（联系人：胡亚婷
联系电话：7020875）**

（一）目标任务

2021年，为全县1262名困难精神残疾人患者提供药费补助，其中省级任务510名，市级扩面752名。补助经费专项用于困难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。各地指标安排见附件1。

（二）补助标准及资金安排

精神残疾人药费补助项目，每人每年补助1000元。510名省级任务所需经费由省级财政与县财政按8：2比例分担。省级补助部分，由省财政通过转移支付方式拨付至县财政部门。752名市级扩面任务由市、县财政按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东

至县农村商业银行开设的“一卡通”账号或银行账户，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。建立、健全精神残疾人药费补助台账：对年度内不吃药、不就诊人员要及时清出，并注明原因；对多年来一直依靠药物控制病情人员要继续提供药费补助支持；严格控制新增人员。要按照先困难精神残疾人后一般户精神残疾人原则申请、审批，新增人员必须有确切的诊断证明，年度内自付住院、门诊、常规服药费等总费用发票额度不得低于1000元。优先考虑将录入公安机关全国重性精神病人信息管理系统的困难精神残疾人纳入补助范围。

补助对象基础信息和补助情况各乡镇残联要及时录入“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并上报。

补助对象本人或其监护人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》，同时出具以下证明材料：

- 1.困难精神残疾人药费补助审批表（附件2）（表格上所有信息都要填写）；
- 2.残疾人证复印件(精神残疾或多重类别含精神残疾)；
- 3.困难证明。低保户和困难户出具低保、特困供养、脱

贫光荣证等证件复印件，其他边缘户由乡镇民政所出具困难证明；

4.医疗证明。精神病门诊记录、精神病院或综合性医院精神科心理科的医务证明、住院治疗病历、出院小结、慢性病诊疗卡等证明材料，其中应有当年或上一年度的诊疗记录。

5.医药费发票（不受理各大药房出具的票据）：

（1）药费发票时间段：2020年5月初至2021年4月底。

（2）发票要附有药品名称且为治疗精神疾病的药物。

（3）新增加的申请人员提供的医院票据金额需达到或超过1000元，此项费用包括购买基本精神药物、辅助性药物和化验检查等费用（票据要相符）。

6.对个别有肇事肇祸倾向的，经专科医院鉴定后确系困难精神病患者（未办任何残疾证或不愿办证）的，诊疗费用超过救助标准的，经监护人或乡镇、村申请救助的，应纳入救助范围，实行专项管理。

县残联要将困难精神残疾人药费补助项目受益对象及时抄送县公安和卫生健康委精防机构，切实建立健全东至县精防工作信息共享机制。

（四）实施要求

1.各乡镇要在当地政府统一领导下，严格按照分配的任务指标和条件确定救助对象，在指标内上报申请材料，接受

社会监督，救助名单在各村进行公示公开，使真正困难的住院、服药精神残疾人得到药费补助。县级残联和财政部门用好、管好项目资金，专款专用；对弄虚作假、违反资金使用情况或挤占、挪用项目资金的单位及个人，将追究责任。联合教育、公安、民政、卫生健康等部门充分发挥部门职能，协助做好项目的实施，确保符合条件的对象得到救助。

2.乡镇残联等相关部门要重视做好宣传发动工作，切实提高项目实施的知晓率、满意度（注：所留电话号码必须为监护人的有效号码，一年内不得更换，继续救助人员一定要核对好电话号码，在上报材料时将现场抽查号码畅通情况）；切实落实资金发放告知制度。要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。

3.各乡镇要在5月14日前完成受助对象基础信息系统录入，5月21日前将纸质材料、资金传递表、东至县困难精神残疾人药费补助汇总表(附件3)一同上报县残联。县残联对纸质材料审核后，再进行系统审批，6月中旬完成补助资金打卡发放工作。

4.各乡镇对受助对象要严格审查把关，以真正困难的残疾人为主，确保申报材料的真实性、完整性、规范性，申报材料要填满所有项目，字迹要工整，签字、盖章要规范，材

料先后秩序按要求排列。材料实行面对面交接形式，对材料不合要求和无理由超报的乡镇，县残联将不予受理。

二、残疾儿童康复救助

（一）目标任务

2021年，为110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73名，市级扩面17名，县扩面20名。为18名肢体残疾儿童适配假肢矫形器或其他辅具提供救助，其中假肢矫形器省级6名，市扩面2名；辅助器具省级5名，市级扩面5名。

（二）补助标准及资金安排

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，市级财政按每人每年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；县级扩面资金由县财政全额负担。

（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、市两级财政统筹安排，其中，省级任务由省级财政安排，市扩面所需资金由市、县统筹，按1:1分担。

（三）救助流程

申请。残疾儿童监护人持具备相应医疗诊断资质的专业

机构医疗诊断证明向户籍所在地（居住证发放地）乡镇残联提出申请，填写《东至县残疾儿童康复救助申请审批表》(见附件5)。乡镇残联对符合条件的救助对象予以受理初审，做好相关信息比对，并于3个工作日内将申请材料上报县残联；对不符合救助条件的要及时书面告知申请人。

审核审批。县残联于7个工作日内作出审核决定，并将审核结果书面通知申请人。

救助。残疾儿童监护人按照审批的康复项目规定接收康复救助。残疾儿童康复训练由监护人自主选择定点康复机构接受康复服务。定点康复机构核实残疾儿童康复救助项目和残疾儿童身份信息后，在《东至县残疾儿童康复训练项目安置（转送）考核表》(见附件4)填写机构意见，确认接收，并反馈县残联；同时根据残疾儿童康复救助项目内容，结合残疾儿童实际康复需求，依照康复服务技术标准与规范，为残疾儿童提供个性化康复服务。

（四）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，按省市县分担比例和县承担任务数及补助标准，由省市财政通过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，按规定程序支付。资金拨付依据东至县残疾儿童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。为加快资金拨付进度，缓解机构运营困难，县残联将根据实际情况，在保证残疾儿童康复项目顺利实施的前提下，采取项目初期预拨、项目结束评审验收后视情调整结算的方式拨付资金。

3.在定点医疗康复机构进行康复的，所发生的费用符合东至县城乡居民基本医疗保险报销目录的按规定报销。

4.残疾儿童抢救性康复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。各康复机构开展残疾儿童抢救性康复项目不得收取救助对象的任何康复训练费用。各定点康复机构要创造条件减轻儿童康复训练生活开支，县、乡镇可结合实际情况为在训残疾儿童提供一定的生活救助资金，以减轻残疾儿童家庭负担。

（五）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管与协议管理，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，县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。

3.县残联要与定点机构签订康复服务协议(附件8), 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。县残联根据市残联要求要督促定点机构根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个工作日以上, 定点康复机构应及时向东至县残联备案; 救助对象无辜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个工作日内通报东至县残联, 并及时查询督查复训或安排替补。

5.定点康复机构须与每位在训残疾儿童监护人签订东至县残联制定的规范制式的康复安置协议(附件6), 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。县级残联要高度重视安全管理工作, 与康复机构签定安全管理协议(附件7) 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》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.县残联和定点康复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，取消定点机构的“定点”资格，县残联和定点机构自5月起，每月28日前将新增残疾儿童救助情况报送市残联康复科；市残联将集中开展线上公示，同时聘用第三方机构对康复民生工程质量开展评估督查。

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。各相关部门要提高政治站位，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。

11. 县残联会同教育、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县内定点机构，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。

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，各部门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。市残联将采取聘请第三方机构和日常督查考评等方式对全市残疾人康复工作进行绩效评价。为确保惠残政策措施落到实处，要进一步加强贫困残疾人康复项目的精准调度和科学管理，加强考核评价，县残联将采取专项检查、抽样检查、实地核查等方式，依据相关考核指标进行综合评价。

本办法由县残联负责解释。

附件：1. 东至县2021年度民生工程任务分配表

东至县困难精神残疾人药费补助审批表

3. 东至县困难精神残疾人药费补助汇总表
4. 东至县残疾儿童康复救助项目安置（转送）

考核表

5. 东至县残疾儿童康复救助申请审批表
6. 贫困残疾儿童抢救性康复项目安置协议
7. 儿童定点康复机构安全管理协议书
8. 残联与儿童定点康复机构协议书

附件1

2021 年民生工程

任务分配表

乡镇	一、贫困精神残疾人药费补助	二、贫困残疾儿童抢救性康复	三、儿童辅具
尧渡镇	90	10	2
大渡口镇	220	9	2
张溪镇	198	8	2
胜利镇	178	8	1
东流镇	90	7	1
香隅镇	68	7	1
洋湖镇	70	7	1
葛公镇	58	4	1
官港镇	58	5	1
泥溪镇	58	5	1
龙泉镇	58	6	1
昭潭镇	40	5	1
木塔乡	40	4	1
青山乡	18	3	1
花园乡	18	2	1
总计	1262	110	18

附件2

东至县困难精神残疾人药费补助审批表

县 乡镇 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、我已知晓精神病药费补助项目为省民生工程项目； 二、保证药费补助金按规定使用； 三、监护病情，督促病人按时服药、体检和复查； 四、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

东至县困难精神残疾人药费补助汇总表

_____ 县 _____ 乡 _____ 镇

年 月 日

姓名	性别	残疾人证号	监护人姓名	家庭住址	联系电话

附件4

东至县残疾儿童康复救助项目安置（转送）考核表

市 县 乡镇 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

