

芜湖市残疾人联合会
芜湖市教育局
芜湖市公安局
芜湖市民政局
芜湖市财政局
芜湖市卫生健康委员会

文件

芜残联〔2023〕4号

关于印发《2023年芜湖市困难残疾人康复工程实施方案》的通知

各县市区残联、教育局、公安局、民政局、财政局、卫生健康委：

现将《2023年芜湖市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。

(此页无正文)



(此件主动公开)

2023 年芜湖市困难残疾人康复工程实施方案

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《芜湖市人民政府关于建立残疾儿童康复救助的实施意见》（芜政〔2018〕73号）和《关于印发2023年〈困难残疾人康复工程实施方案〉的通知》（皖残联〔2023〕10号）等文件精神，制定本实施方案。

一、困难精神残疾人药费补助

（一）目标任务

2023年，为全市5630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1000元，所需经费由省级财政与县市区财政共同承担，其中省级根据下达的年度目标任务按640元/人/年标准对各县市区予以资金补助，任务内剩余部分资金以及超出年度目标任务的服务对象补助资金由各县市区财政保障。省级补助各县市的资金已由省财政以皖财社〔2022〕1371号文件通过转移支付方式拨付至各县市财政，省级补助市区的资金已通过市财政拨付至各区财政。县级残联负责审核、统计汇总补助对象基本情况，

并向同级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“残补”或“精补”，已办理社会保障卡居民服务“一卡通”的服务对象补助资金应通过其社会保障卡金融账户打卡发放。

（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应及时录入“残疾人精准康复系统”，县级残联负责基础信息数据库的日常管理及有关报送工作。

县级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。

新增补助对象本人或其监护人要向户籍所在地镇（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（已实行扩面或全覆盖的地区自行确定需提供的证明材料）：

1. 精神类别残疾人证（多重残疾中包含精神类别）；
2. 精神病门诊或住院治疗病历等证明材料。

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、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。

（四）实施要求

1. 各县市区残联等相关部门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. 各县市区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。各级教育、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. 各县市区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

2023年，为843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；为85名残疾儿童适配假肢矫形器或其他辅具提供救助。救助对象为具有本市户籍或持有本市有效居住证且年龄为0-15岁（指自申请救助之日起，未满16周岁的残疾儿童）的残疾儿童。

（二）补助标准

1. 残疾儿童康复训练补助标准按《关于调整我市残疾儿童康复训练救助标准的通知》（芜残联〔2022〕21号）执行。省级根据下达的年度目标任务按5706元/人/年标准对各县市区予以资金补助（已通过市财政拨付至各县市区财政）。任务内剩余部分资金以及超出年度目标任务的训练对象补助资金按照《芜湖市人民政府关于建立残疾儿童康复救助的实施意见》（芜政〔2018〕73号）规定进行筹措。

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。所需经费由省级财政统筹安排。

（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，省、市级财政分担部分通过专项转移支付方式拨付至各县市区财政部门。

2. 残疾儿童康复救助项目经费由县级残联向同级财政部门申报，按规定支付。资金拨付应当依据各县市区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。为加快资金拨付进度，在保证残疾儿童康复训练救助项目顺利实施的前提下，各县市区可根据实际情况，采取项目分期预拨、一次性拨付等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。各县市区可结合实际情况，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至儿童监护人银行账户（有社会保障卡居民服务“一卡通”的，通过其社会保障卡金融账户打卡发放）。

（四）项目管理

1. 根据《芜湖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当地残联定点康复机构。

2. 申报残疾儿童康复训练救助项目需填写《芜湖市残疾儿童康复救助申请审批表》《残疾儿童康复救助项目安置（转送）考核表》，同时提供残疾儿童的残疾人证（类别与康复类别需一致）或二级及以上公立医院出具的医学诊断证明材料，户口簿（或有效居住证），低保、低收入或防止返贫监测对象家庭等证明材料，监护人身份证或户口簿。在选择定点康复机构和转介安置工作中，各县市区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，经县级残联组织审核同意在有关定点康复机构接受康复服务发生的费用，由县级残联组织商同级财政部门明确结算办法。

3. 各县市区残联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。各县市区残联要督促辖区定点机构依据省、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，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县级残联备案；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县级残联，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儿童监护人签订属地县级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。各县市区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》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、假肢矫形器适配项目按《关于进一步做好残疾人辅助器具适配工作的通知》（皖残联办〔2021〕30号）执行，适配、假肢矫形器制作由市级专家技术组对残疾儿童评估定性、适配定方，县市区残联指定有资质的专业机构完成。

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”，县市区残联负责基础信息数据库的日常管理及有关报送工作。康复工程进展情况月分析报告和项目进展情况表于每月 27 日前报送市残联（以每月 27 日的信息系统数据为准报送）。

9. 各县市区残联要以适当方式公示受助对象基本情况，主动接受社会监督。

10. 各县市区残联应当会同教育、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。

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，各县市区要根据本办法制定

具体实施细则，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。省、市两级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。

本实施方案由市残联、市财政局负责解释。

- 附件：
1. 2023 年度困难残疾人康复工程任务分配表
 2. 困难精神残疾人药费补助审批表
 3. 困难精神残疾人药费补助汇总表
 4. 残疾儿童康复救助项目安置（转送）考核表
 5. 芜湖市残疾儿童康复救助申请审批表
 6. 2022 年困难残疾人康复工程项目进展情况表

附件 1

2023 年度困难残疾人康复工程任务分配表

单位：人

单 位	困难精神 残疾人药 费补助	残疾儿童康复救助			
		残疾儿童 康复训练	残疾儿童 适配假肢 矫形器	残疾儿童 适配其他 辅助器具	残疾儿童康复 小计
无为市	1613	232	12	8	252
湾沚区	506	91	4	6	101
繁昌区	450	62	3	4	69
南陵县	938	132	8	6	146
镜湖区	630	96	5	4	105
鸠江区	740	103	7	6	116
弋江区	385	61	3	3	67
三山经济开发区	243	43	2	2	47
经济技术开发区	125	23	1	1	25
省级任务	5630	843	45	40	928

附件 2

困难精神残疾人药费补助审批表

_____县（市、区）_____乡镇（街道）_____村（社区）

姓名		性别		残疾证号	
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。 <div style="text-align: right;"> 监护人签名：_____ 年 月 日 </div>				
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

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

附件 4

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）

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				
儿童户籍地或县级残联意见	_____ 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				
机构所在地残联考核评估意见	_____ 签章： _____年 月 日				

说明：“机构所在地残联考核评估意见”栏，对在省外康复的儿童，如机构所在地残联不出具考核评估意见的，由户籍所在地县级残联进行考核评估。

附件 5

芜湖市残疾儿童康复救助申请审批表

_____县(市、区) _____乡镇(街道) _____村(社区)

儿童姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民族		一寸 彩照
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	
康复需求项目	<input type="checkbox"/> 手术矫治 <input type="checkbox"/> 配置辅助器具 <input type="checkbox"/> 康复训练 (选择此项, 则下一栏必须选填)					
康复训练形式	<input type="checkbox"/> 全日制康复(含医疗康复) <input type="checkbox"/> 非全日制康复(每周康复时长: 听力类不少于 1 小时, 其他类别不少于 3 小时)					
经济状况	<input type="checkbox"/> 低保家庭 <input type="checkbox"/> 低收入家庭 <input type="checkbox"/> 防止返贫监测对象家庭 <input type="checkbox"/> 一般家庭					
享受医疗保险情况	<input type="checkbox"/> 享受城乡居民基本医疗保险 <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					
村(社区)委会 审核意见	审核人: 公 章 年 月 日					
镇(街)残联 审核意见	审核人: 公 章 年 月 日					
县(市、区)残联 审批意见	审批人: 公 章 年 月 日					

- 填表说明:
1. 本表由村(社区)工作人员负责填写;
 2. 低保、低收入或防止返贫监测对象家庭申报时, 要提供相应的证明材料复印件交县市区残联和定点康复机构存档;
 3. 本表一式三份, 县市区残联、定点康复机构和残疾儿童监护人各留存一份。

2023 年困难残疾人康复工程项目进展情况表

2023 年 月 日

地 区	困难残疾人康复															
	困难精神残疾人药费补助 (补助标准为 1000 元/人·年)				残疾儿童康复救助											
	目标 任务 (人)	完成 (人)	完成率 (%)	发放补 助资金 (万元)	小计			残疾儿童康复训练			残疾儿童装配假肢矫形 器			残疾儿童辅助器具适配		
					目标任 务(人)	完成 (人)	完成 率(%)	目标任 务(人)	完成 (人)	完成 率(%)	目标任 务(例)	完成 (例)	完成 率(%)	目标任 务(例)	完成 (例)	完成 率(%)
全市汇总																
无为市																
湾沚区																
繁昌区																
南陵县																
镜湖区																
弋江区																
鸠江区																
三山经济开发区																
经济技术开发区																

