

东至县 2024 年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，根据省残联等部门印发的《困难残疾人康复工程实施方案》（皖残联〔2024〕11号）和《池州市 2024 年困难残疾人康复工程实施方案》（池残联〔2024〕20号）等文件要求，制定本方案。

一、困难精神残疾人药费补助

（一）目标任务

2024 年，为全县 1440 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，每人每年补助 1000 元。677 名省级任务所需经费由省级财政与县财政分担。省级补助部分，由省财政通过转移支付方式拨付县级财政部门。763 名市级扩面部分，由市、县统筹，按 1:1 分担。县级残联负责审核、统计汇总补助对象基本情况，并向县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”。

（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:对往年补助对象在本年度内不吃药、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;严把新增人员进入关口,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、常规服药费用发票;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(精神残疾或双重类别含精神残疾);

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:2023年5月初至2024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。

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，由医院出具诊断证明、监护人申请、乡镇（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。

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、违反资金使用规定或挤占、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4月30日前完成受助对象基础信息系统录入，5月1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，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，以真正困难的精神残疾人为主，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，材料先后顺序按要求排列。材料实行面对面交接形式，对材料不合规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

2024年，按照省定目标，为100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11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

1. 听力、言语、肢体、智力、视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。

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财政统筹安排。

（三）资金拨付

1. 县残联根据目标任务情况向本级财政部门申报，按规定支付。资金拨付应当依据东至县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。

2. 为加快资金拨付进度，缓解机构运营困难，县残联可根据实际情况，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。各地可结合实际情况，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。

（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）》和《池州市残疾儿童康复救助定点机构建设管理暂行办法》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. 在选择定点康复机构和转介安置工作中，各级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，即一个完整康复周期，自费部分按照最高不超过 15000 元的标准，凭医院或康复机构的康复记录、收费清单和发票据实到残联结算。

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。各级残联要督促定点机构依据省残联关于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。各级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”，县级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. 县残联应当会同教育、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，各地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。

三、残疾人基本型辅助器具补贴

（一）目标任务

2024年，为全县235名有需求的持证残疾人适配基本型辅助器具给予补贴。

（二）补助标准

基本型辅助器具补贴标准：各地根据《池州市残疾人基本型辅助器具适配补贴暂行办法》中《残疾人基本型辅助器具适配补贴目录》或者当地出台的补贴目录中明确规定的补贴人群、辅具种类、标准等，在目录规定的使用年限内进行补贴。

（三）项目管理

1. 加强组织领导。残疾人辅助器具适配是保障残疾人基本生存和发展的重要基础，是残疾人基本公共服务的重要内容。各地要充分认识到做好残疾人辅助器具适配工作的重要性和紧迫性，加强组织领导，明确工作责任，完善工作机制，确保残疾人辅助器具适配工作的顺利开展，并按照残疾人实际需求，合理安排资金用于残疾人辅助器具服务。

2. 规范工作流程。

（1）申请。残疾人本人（或监护人）带残疾人证、身份证或户口本到户口所在地乡镇（街道）残联提出申请，填写《安

安徽省残疾人基本型辅助器具适配补贴申请审批表》。

申请有困难的，也可委托他人代为申请。

(2) 初审。乡镇(街道)残联对申请人提供的申请材料进行初审。

(3) 复审。县级残联进行复审。

(4) 评估。县残联依托市残联成立的专业技术组开展评估；不具备条件的，可协议定点辅助器具服务机构开展评估。基本型辅助器具部分，应由持对应方向辅助器具工程师证的工作人员或者接受过对应方向辅助器具业务培训的技术人员完成；假肢矫形器等处方辅助器具，应由执业医师配合假肢矫形器技师共同完成。确有困难的，可申请由省辅助器具中心给予支持完成。各类评估均应按照残疾人申请类别填写相应的辅具评估适配表。

(5) 购买和补贴。县级残联应依据当地补贴办法或实施细则中辅助器具目录进行购买，并参照相应补贴标准，开展实物或货币化补贴。

(6) 适配。产品供应商根据县级残联提供的辅助器具需求，及时完成配送；对需评估的辅助器具，服务机构完成评估后，应及时提供辅助器具适配、适应性训练、使用指导和定改制、维修等服务。

(7) 结算。县级残联根据实际适配情况与产品供应商服务机构进行资金结算。

本办法由县残联、县财政局负责解释。

附件:

1. 东至县 2024 年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. 安徽省残疾人基本型辅助器具适配补贴申请审批表
6. 肢体辅具评估适配表
7. 假肢处方表
8. 矫形器处方表
9. 视力辅具评估适配表
10. 听力辅具评估适配表
11. _____市（县、区）辅具适配登记汇总表
12. 辅具产品验收情况

附件 1

东至县 2024 年困难残疾人康复工程任务分配表

乡镇	一、困难精神残疾人药费补助	二、困难残疾儿童康复	三、儿童辅具、矫形器	四、成人辅具
尧渡镇	103	10	1	45
大渡口镇	260	10	1	15
张溪镇	230	10	1	20
胜利镇	225	9	1	25
东流镇	91	8	1	14
香隅镇	60	6	1	5
洋湖镇	65	6	1	11
葛公镇	60	6	1	10
官港镇	60	6	1	41
泥溪镇	60	5	1	11
龙泉镇	60	5	1	5
昭潭镇	49	5	0	8
木塔乡	57	6	0	14
青山乡	30	4	0	2
花园乡	30	4	0	9
总计	1440	100	11	235

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		
银行账号或一卡通号	开户行： 账号：				
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：_____</div> <div style="text-align: right;">_____年 月 日</div>				
乡镇(街道)残联意见	<div style="text-align: right;">审核人：公章</div> <div style="text-align: right;">_____年 月 日</div>				
县(市、区)残联审批意见	<div style="text-align: right;">审核人：公章</div> <div style="text-align: right;">_____年 月 日</div>				

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
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

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				
机构意见	_____ 定点机构（签章） _____年 月 日				
计划康复 起止日期	_____年 月至 _____年 月				
户籍所在 市或县级残联 意见	同意转送安置。 _____ 签字（公章） _____年 月 日				
实际康复 训练时间	_____年 月 至 _____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		
机构所在地（项 目申请地）残联 考核评估意见	_____ 签章： _____年 月 日				

附件5

安徽省残疾人基本型辅助器具适配补贴 申请审批表

申请人姓名		残疾类别	视力 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 智力 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> (多重残疾可多选)	残疾等级	一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 未定级 <input type="checkbox"/>
残疾人证/身份证号					
性 别		家庭地址			
联系人		联系电话			
申请适配辅具项目		辅具名称	数量	申请(代理)人签字	
	1			年 月 日	
	2				
	3				
乡镇(街道)残联初审意见	审核人意见: <div style="text-align: right;"> 签字(公章): 年 月 日 </div>				
县(市、区)残联复审意见	审核人意见: <div style="text-align: right;"> 签字(公章): 年 月 日 </div>				

附件6

肢体辅具评估适配表

姓名		性别	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	出生日期	
既往辅具名称					
既往辅具使用情况					
目前存在的主要问题					
残疾人(包括监护人)对辅具的需求					
技术组评估意见	辅具 矫形器	<input type="checkbox"/> 踝足矫形器 <input type="checkbox"/> 脊柱矫形器	<input type="checkbox"/> 膝踝足矫形器 <input type="checkbox"/> 手部矫形器	<input type="checkbox"/> 矫形鞋	
	假肢	<input type="checkbox"/> 大腿假肢	<input type="checkbox"/> 小腿假肢	<input type="checkbox"/> 手部假肢	
适配功能目标					
本人或监护人(签字):			技术组(签字):		
			年 月 日		

附件7

假肢处方表

姓名		性别	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	出生日期	
截肢部位		截肢时间		截肢原因	
残肢评估	残肢形状	圆柱 <input type="checkbox"/> 圆锥 <input type="checkbox"/> 圆锤 <input type="checkbox"/> 畸形 <input type="checkbox"/>			
	残肢表面	疤痕 <input type="checkbox"/> 神经瘤 <input type="checkbox"/> 囊肿 <input type="checkbox"/> 骨刺 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>			
残肢有关 症状描述					
假肢 处方	假肢名称： 要 求：				
监护人(签字)		医师(签字)			

附件 10

听力辅具评估适配表

姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	年龄																					
听障确诊时间			首次佩戴助听设备时间		左耳																					
					右耳																					
补偿/重建方式	左耳	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 助听器 <input type="checkbox"/> 人工耳蜗 <input type="checkbox"/> 其它				设备型号																				
	右耳	<input checked="" type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 助听器 <input type="checkbox"/> 人工耳蜗 <input type="checkbox"/> 其它																								
听力测试	测听方法		<input type="checkbox"/> BOA		<input type="checkbox"/> VRA		<input type="checkbox"/> PA																			
			<input type="checkbox"/> PTA																							
	配合程度		<input type="checkbox"/> 很配合		<input type="checkbox"/> 一般		<input type="checkbox"/> 不配合																			
测试音		<input type="checkbox"/> 啞音		<input type="checkbox"/> 纯音		<input type="checkbox"/> 窄带噪音	<input type="checkbox"/> 语音																			
听 力 图																										
<p style="text-align:center;">左 耳 (Left Ear)</p>				<p style="text-align:center;">右 耳 (Right Ear)</p>																						
裸耳平均听阈		裸耳平均听阈		<table border="1" style="font-size: small;"> <tr> <th rowspan="2">符号说明</th> <th colspan="2">未掩蔽</th> <th colspan="2">加掩蔽</th> </tr> <tr> <th>左</th> <th>右</th> <th>左</th> <th>右</th> </tr> <tr> <td>气导</td> <td>X</td> <td>O</td> <td>□</td> <td>△</td> </tr> <tr> <td>骨导</td> <td>></td> <td><</td> <td>]</td> <td>[</td> </tr> </table>		符号说明	未掩蔽		加掩蔽		左	右	左	右	气导	X	O	□	△	骨导	>	<]	[
符号说明	未掩蔽		加掩蔽																							
	左	右	左	右																						
气导	X	O	□	△																						
骨导	>	<]	[
电生理测试	侧别	左耳				右耳																				
	频率	0.5KHZ	1KHZ	2KHZ	4KHZ	0.5KHZ	1KHZ	2KHZ	4KHZ																	
	听觉稳态电位测试(ASSR) 单位: dB SPL/dB nHL																									
目前存在主要需求																										
适配听力辅具名称																										
评估人:				评估日期:																						

附件 11

_____市（县、区）辅具适配登记汇总表

序号	姓名	性别	年龄	残疾证号	联系电话	辅具名称	数量	单位	补贴形式 (实物/现金)	辅具机构	联系电话	本人或 监护人 签字	是否 进行 宣教
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

填表人：

市残联盖章：

注：假肢和矫形器单位均为例，一双代表 2 例。

附件 12

辅具产品验收情况表

供应商名称									
厂家联系人：				厂家联系电话：					
验收内容					产品附加要素			与供应商投标文件中的承诺是否一致	备注（其它需要说明的内容）
序号	产品品名	产品型号	单位	数量	有无产品合格证	有无产品说明书	有无保修保养卡		
1									
2									
3									
4									

验收单位（盖章）：

负责人：

联系电话：

填表日期：