

富源县人民政府文件

富政发〔2019〕48号

富源县人民政府关于建立 残疾儿童康复救助制度的实施意见

各乡（镇）人民政府、街道办事处，县直各办、局：

为贯彻落实《云南省人民政府关于建立残疾儿童康复救助制度的实施意见》（云政发〔2018〕52号）精神，保障全县残疾儿童得到及时有效康复救助，结合富源实际，提出以下实施意见。

一、总体要求

（一）指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻落实党的十九大精神，牢固树立新发展理念，按照兜底线、织密网、建机制的要求，着力保障残疾儿童基本康复服务需求，全面建立

覆盖城乡、政策衔接、运行规范、与经济社会发展水平相适应的残疾儿童康复救助制度。

（二）基本原则

坚持制度衔接、应救尽救。加强残疾儿童康复救助制度与基本医疗、临时救助等社会保障制度的有效衔接，确保残疾儿童家庭求助有门、救助及时。

坚持尽力而为、量力而行。保基本、托住底，突出重点、完善制度、引导预期，提供与经济社会发展水平相适应的社会保障，着力满足残疾儿童基本康复服务需求。

坚持规范有序、公开公正。建立科学规范、便民高效的运行机制，主动接受群众和社会监督，做到公开透明、结果公正。

坚持政府主导、社会参与。更好发挥政府“保基本”作用，不断推进基本康复服务均等化；更好发挥社会力量作用，不断扩大康复服务供给，提高康复服务质量。

（三）总体目标

到 2020 年，建立与全面建成小康社会目标相适应的残疾儿童康复救助制度体系，形成党委领导、政府主导、残联牵头、部门配合、社会参与的残疾儿童康复救助工作格局，基本实现残疾儿童应救尽救。

到 2025 年，残疾儿童康复救助制度体系更加健全完善，残疾儿童康复服务供给能力显著增强，服务质量和保障水平明显提高，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。

二、制度内容

（一）救助对象

视力、听力、言语、肢体、智力等残疾儿童和孤独症儿童，同时具备以下条件：

1. 户籍：具有富源县户籍（或在富源县领取居住证）

2. 年龄：0岁—6岁（其中，语后聋的听障儿童申请人工耳蜗植入、肢体残疾儿童申请矫治手术年龄可放宽至18岁）

3. 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的残疾儿童和儿童福利机构收留抚养的残疾儿童；残疾孤儿、纳入特困人员供养范围的残疾儿童；其他经济困难家庭的残疾儿童。

（二）救助内容和标准

1. 救助内容：以减轻功能障碍、改善功能状况、增强生活自理和社会参与能力为主要目的的手术、辅助器具适配和康复训练等。

视力残疾儿童：眼科手术（包括白内障、青光眼、斜视、眼睑疾病、角膜疾病、结膜肿瘤疾病）、低视力患儿视功能训练、低视力患儿助视器验配及训练、定向行走训练及适应性训练、支持性服务及辅助器具适配。

听力残疾儿童：人工听觉植入手术（包括人工耳蜗植入手术等）、助听器适配、听力言语康复训练。

言语残疾儿童：发声及构音器官矫治手术、发声功能和嗓音、言语康复训练及辅助器具适配。

肢体残疾儿童：矫治手术（包含术后调整外固定、外固定拆卸）、康复训练（包括：术后外固定佩戴中和拆除后的康复治疗、运动功能、转移功能、认知能力、言语交流、日常自我照顾、社会参与能力等）及辅助器具适配。

智力残疾儿童：认知、语言交往、生活自理和社会适应能力等领域的康复训练。

孤独症儿童：认知、情绪及行为管理、社交能力、生活自理及社会适应等领域的康复训练。

2. 救助标准：

手术类：手术费最高补助 2 万元（人工耳蜗植入手术费含植入手术、术后开机及 4 次调机费）。

康复训练：每人每月补助 2000 元，每年最长不超过 10 个月。

辅助器具适配：基本型辅助器具适配，每人最高补助 1000 元（含产品及评估适配费用）；装配假肢、矫形器，每人最高补助 5000 元（含部件材料及制作费用）；助听器最高补助 6000 元（含全数字助听器 2 台、验配及 1 年内调试）；人工耳蜗产品最高补助 7 万元。

多重残疾的，按照相应残疾类别救助标准给予补助，同一类救助服务同一年度内仅补助 1 次。

3. 结合上级分配名额和项目资金情况，实行动态调整，分步实施。其中：辅助器具适配，原则上 3 年内不得重复享受；需持续进行的康复训练，在名额允许且在救助年龄范围内，原则上每

年可申请 1 次康复救助。

（三）工作流程

残疾儿童定点康复机构认定。卫生健康部门组织辖区内具有开展相关手术、辅助器具适配和康复训练资质和服务能力的医疗康复机构向县残联提出书面申请（附件 3），县残联、县卫生健康局组织残疾人康复领域专家，组成专家评审小组，按照各类《定点康复机构准入标准》，对申请机构的资格和服务能力进行评审，形成推荐意见报县定点康复机构认定委员会认定。县级定点康复机构认定委员会由县残联会同卫生健康、教育体育、民政、人力资源社会保障、财政等部门有关方面人员和有关专业人员组成。认定委员会对专家评审组推荐的条例要求的申请机构进行投票表决，根据投票结果择优认定本级残疾儿童定点康复机构。

申请。残疾儿童监护人向县残联提出书面申请（附件 1），并提交残疾儿童身份证（或户口册）、残疾证、监护人身份证和县级以上医院诊断治疗证明等相关材料复印件。申请有困难的监护人也可委托他人、社会组织、教育机构、社会救助经办机构等代为申请。

审核。对于城乡最低生活保障家庭、建档立卡贫困户家庭的残疾儿童和儿童福利机构收留抚养的残疾儿童的救助申请，以及残疾孤儿、纳入特困人员供养范围的残疾儿童的救助申请，由县级残联与民政、扶贫部门进行有关信息比对后审定。其他经济困难家庭的残疾儿童的救助申请的审核程序，由户籍所在乡（镇）、

街道提出初审意见，县民政局审定。县残联于 10 个工作日内作出审核决定，并将审核结果书面通知申请人。申请人对审核决定有异议的，可按照规定提出复议。

救助。经审核符合条件的救助对象，由残疾儿童监护人自主选择定点康复机构接受康复服务。康复医疗机构对残疾儿童开展康复服务进行详细记录，并认真填写云南省残疾儿童康复救助登记表（附件 2），每年登记 1 次，并及时将救助信息录入数据库。

结算。在定点康复机构接受康复服务发生的费用，由残疾儿童监护人会同定点康复机构共同认真填写云南省残疾儿童康复救助审核结算表（附件 4），经县残联就服务内容、收费标准、服务方式、服务期限、服务地点、服务质量等进行审核后，由县财政部门与定点康复机构在救助限额标准内据实结算或由财政部门委托残联结算，结算周期由县残联商财政部门确定。

定点康复机构属于医疗保险定点医疗机构的，对已纳入医保报销范围的康复诊疗项目，先从医保报销，个人自付部分再按照规定由残疾儿童康复救助资金补贴，个人自付部分超出救助标准的按救助标准予以救助，个人自付部分低于救助标准的按实际自付费用结算。

经县残联审核同意在非定点康复机构接受康复服务发生的费用，由县残联审核后，在救助限额标准内据实结算。

各申请人、申请机构于每年 10 月 30 日以前内上报残疾儿童康复救助申请，每年审核结算 1 次。

（四）经费保障

除上级残联拨付的专项康复救助经费外，按照应救尽救和财政分级负担的原则，县人民政府将把上年度残疾儿童康复救助资金差额纳入同级财政预算。

三、组织实施

（一）加强组织领导。各乡（镇）人民政府、街道办事处要将残疾儿童康复工作列入重要议事日程，以残疾儿童康复救助政策宣传、符合救助条件的残疾儿童筛查组织康复治疗（训练）及救助申请工作为重点，完善工作协调机制，充分发挥村（居）民委员会、基层医疗卫生机构、公益慈善组织和残疾人专职委员、社会工作者、志愿服务人员等社会力量作用，做好发现告知、协助申请、志愿服务等工作。县直有关部门要履职尽责、协作配合，加强工作衔接和信息共享，深化“放管服”改革，努力实现“最多跑一次”、“一站式结算”，切实提高便民服务水平。县人民政府将把残疾儿童康复工作列为目标管理和绩效考核重要内容，加强考核管理，对不作为、慢作为、乱作为的单位和个人将加大行政问责力度，对违纪违法的严肃追究责任。

（二）加强能力建设

县发展和改革局、县残联、县卫生健康局要根据本行政区域残疾人数量、分布状况、康复需求等情况，制定康复机构设置规划，举办公益性康复机构，将康复机构设置纳入基本公共服务体系规划，支持社会力量投资康复机构建设，鼓励多种形式举办康

复机构。社会力量举办的康复机构和政府举办的康复机构在准入、执业、专业技术人员职称申报评审、非营利组织财税扶持、政府购买服务等方面执行相同的政策。加强康复人才教育培训培养，不断提高康复服务从业人员能力素质。切实加强残疾儿童康复救助工作经办能力，确保事有人做、责有人负。推动建设残疾儿童康复救助服务管理综合信息平台。健全多渠道筹资机制，鼓励、引导社会捐赠。

（三）加强综合监管

县财政、教育、民政、人力资源社会保障、卫生健康、市场监管等有关部门应积极会同残联制定和完善残疾儿童康复机构管理相关政策，共同做好康复机构监督管理。县残联要主动会同有关部门加强定点康复机构准入、退出等监管，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、改善服务质量、加强风险防控，及时查处违法违规行为和安全责任事故，确保残疾儿童人身安全；探索建立科学合理的康复服务定价机制，加强价格监管；建立覆盖康复机构、从业人员和救助对象家庭的诚信评价和失信行为联合惩戒机制，建立黑名单制度，做好公共信用信息记录和归集，加强与全国信用信息共享平台、国家企业信用信息公示系统的信息交换共享；积极培育和发展康复服务行业协会，发挥行业自律作用。县财政局和县残联要加强救助资金管理并制定结算办法，残联负责审核基础材料，提出拨付申请，并对救助资金执行情况绩效跟踪指导和监督检查；县财政局负责

资金的预算管理的资金拨付结算，并组织对资金的使用和管理情况等开展绩效评价和监督检查，每年12月底前将资金结算使用情况上报上级相关部门。县财政局和县审计局要加强对残疾儿童康复救助资金管理使用情况的监督检查，防止发生挤占、挪用、套取等违法违规现象，残疾儿童康复救助实施和资金筹集使用情况要定期向社会公开，接受社会监督。

（四）加强宣传动员

各乡（镇）、街道和县直有关部门要充分运用传统媒体、新媒体等多种形式大力开展残疾儿童康复救助制度政策解读和宣传，让社会各界广泛了解党和政府的爱民之心、惠民之举，帮助残疾儿童监护人准确知晓残疾儿童康复救助制度有关内容，了解基本申请程序和要求。积极引导全社会强化残疾预防和康复意识，关心、支持残疾儿童康复工作，营造良好的社会环境。

- 附件：1. 云南省残疾儿童康复救助申请审批表
2. 云南省残疾儿童康复救助登记表
3. 云南省残疾儿童定点康复机构申报表
4. 云南省残疾儿童康复救助审核结算表



附件 1

云南省残疾儿童康复救助申请审批表

儿童姓名											性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民族			出生日期			(照片)	
残疾证号 (或身份证号)																				
地 址																				
监护人姓名											与儿童关系					联系电话				
残疾类别	<input type="checkbox"/> 视力 <input type="checkbox"/> 智力 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 言语 <input type="checkbox"/> 精神 (多重残疾可多选)																			
残疾程度	<input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级																			
家庭经济状况	<input type="checkbox"/> 城乡最低生活保障家庭 <input type="checkbox"/> 儿童福利机构 <input type="checkbox"/> 孤儿 <input type="checkbox"/> 特困供养人员 <input type="checkbox"/> 建档立卡贫困户 <input type="checkbox"/> 其他经济困难家庭										信息 比对		签字:							
享受医疗保险情况	<input type="checkbox"/> 享受城镇职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 享受城乡居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 享受医疗救助 <input type="checkbox"/> 享受其他保险 <input type="checkbox"/> 无医疗保险																			
康复需求申请项目	视力残疾			听力残疾			言语残疾			肢体残疾			智力残疾			孤独症				
	<input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具			<input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具			<input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具			<input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具			<input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具			<input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具				
自愿选择康复机构													是否定点			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
监护人申请	<p style="text-align: center;">残疾儿童康复救助申请知情同意书</p> <p>1. 残联及康复机构对所有申请信息保密。</p> <p>2. 救助对象为具有云南省户籍(或在云南省领取居住证)0—6岁(其中,语后聋的听障儿童申请人工耳蜗植入、肢体残疾儿童申请矫治手术年龄可放宽至18岁)的视力、听力、言语、肢体、智力等残疾儿童和孤独症儿童。</p> <p>3. 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的残疾儿童和儿童福利机构收留抚养的残疾儿童;残疾孤儿、纳入特困人员供养范围的残疾儿童;其他经济困难家庭的残疾儿童。</p> <p>4. 申请人必须为患儿的监护人或照顾者,申请人对其提交的所有资料的真实性和完整性负责。</p> <p>5. 本申请表的递交并不代表已经获准得到康复救助。</p> <p>6. 多重残疾的,同一类救助服务同一年度内仅救助1次,辅助器具除外。</p> <p>7. 申请获准后积极配合机构进行康复训练和反馈训练效果等信息。</p> <p>8. 需持续进行的康复训练,救助年龄范围内,每年可申请1次康复救助。</p> <p>我确认已经阅读了以上全部条款,并同意以上所有申报规定。</p> <p style="text-align: right;">申请人签名: _____ 时 间: _____ 年 月 日</p>																			

康复机构鉴定意见	1. 康复需求项目（若有多项需求，请说明先后顺序）						
	视力残疾 <input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具	听力残疾 <input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具	言语残疾 <input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具	肢体残疾 <input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具	智力残疾 <input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具	孤独症 <input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具	
	2. 鉴定意见：						
	鉴定机构（公章） 鉴定人签字： 日期： 年 月 日						
残联审批意见	1. 批准救助项目（若有多项需求，请说明先后顺序）						
	项目	视力残疾 <input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具	听力残疾 <input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具	言语残疾 <input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具	肢体残疾 <input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具	智力残疾 <input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具	孤独症 <input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具
	备注						
	机构						
	结算方式						
	2. 审批意见： 经审核，该救助对象 救助条件， 救助。						
	审核人（公章） 日期： 年 月 日						

说明：1. 此表由残疾儿童监护人或代理人填写，康复机构鉴定（签字盖公章）后交县（市、区）残联审批，一式两份，一份由县级残联留存备查，一份由康复机构存入受助儿童档案。

2. 县（市、区）残联参考康复机构出具的鉴定意见，结合残疾儿童监护人的意愿和机构的实际承接能力，确定最终的审批意见，审批意见按照各县（市、区）规定执行。

3. 受助儿童及监护人身份证复印件和机构诊断证明由县（市、区）残联留存备查。

4. 持证残疾儿童必须填残疾证号，无证的填身份证号。

5. 多重残疾的，同一类救助服务同一年度内仅救助1次，辅助器具除外。

附件 2

云南省残疾儿童康复救助登记表

基本情况													
姓名					性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民族			出生日期			(照片)
残疾证号 (或身份证号)													
地 址													
监护人姓名					与儿童关系				联系电话				
残疾类别	<input type="checkbox"/> 视力 <input type="checkbox"/> 智力 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 言语 <input type="checkbox"/> 精神 (多重残疾可多选)											有残疾证的 须填写此项	
残疾程度	<input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级												
享受医疗保险情况	<input type="checkbox"/> 享受城镇职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 享受城乡居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 享受医疗救助 <input type="checkbox"/> 享受其他保险 <input type="checkbox"/> 无医疗保险												
致残原因	<input type="checkbox"/> 先天 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 早产 <input type="checkbox"/> 产伤 <input type="checkbox"/> 窒息 <input type="checkbox"/> 意外伤害 <input type="checkbox"/> 中毒 <input type="checkbox"/> 药物 <input type="checkbox"/> 其他_____												
视力残疾	<input type="checkbox"/> 盲 <input type="checkbox"/> 低视力() 视力: 左眼_____ 右眼_____) 致残原因: <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 角膜病 <input type="checkbox"/> 视网膜色素膜病变 <input type="checkbox"/> 青光眼 <input type="checkbox"/> 遗传 <input type="checkbox"/> 弱势 <input type="checkbox"/> 发育障碍 <input type="checkbox"/> 其他_____ 康复现状: <input type="checkbox"/> 机构康复 <input type="checkbox"/> 家庭康复 <input type="checkbox"/> 未接受康复												
听力残疾	发现耳聋月龄: _____ 是否有家族耳聋史: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 与儿童关系_____ 平均听力损失: 左耳_____dB HL 右耳_____dB HL 助听器配戴: <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (开始配戴时间: ___岁___个月) 配戴耳: <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 康复现状: <input type="checkbox"/> 机构康复 <input type="checkbox"/> 家庭康复 <input type="checkbox"/> 未接受康复 接受救助后家庭中是否有专人陪伴康复: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 与儿童关系_____												
言语残疾	致残原因: <input type="checkbox"/> 听力障碍 <input type="checkbox"/> 智力低下 <input type="checkbox"/> 脑部疾病 <input type="checkbox"/> 构音器官病变 <input type="checkbox"/> 发声器官病变 康复现状: <input type="checkbox"/> 机构康复 <input type="checkbox"/> 家庭康复 <input type="checkbox"/> 未接受康复												
肢体残疾	肢残部位: <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 脊柱 脑瘫类型: <input type="checkbox"/> 痉挛型 <input type="checkbox"/> 手足徐动型 <input type="checkbox"/> 共济失调 <input type="checkbox"/> 弛缓型 <input type="checkbox"/> 混合型 康复现状: <input type="checkbox"/> 机构康复 <input type="checkbox"/> 家庭康复 <input type="checkbox"/> 未接受康复												
智力残疾	儿童发育商: <input type="checkbox"/> ≤25 <input type="checkbox"/> 26-39 <input type="checkbox"/> 40-54 <input type="checkbox"/> 55-75 康复现状: <input type="checkbox"/> 机构康复 <input type="checkbox"/> 家庭康复 <input type="checkbox"/> 未接受康复												
孤独症	诊断机构: _____ 诊断结果: _____ 康复现状: <input type="checkbox"/> 机构康复 <input type="checkbox"/> 家庭康复 <input type="checkbox"/> 未接受康复												

康复救助情况					
残疾类别	手术	康复训练	辅助器具		
视力残疾	手术名称:	训练起止时间: 年 月至 年 月 康复训练效果: <input type="checkbox"/> 显效 <input type="checkbox"/> 有效 <input type="checkbox"/> 无效 参加社会融入活动____次 家长培训: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 家长满意度: <input type="checkbox"/> 非常满意 <input type="checkbox"/> 满意 <input type="checkbox"/> 不满意 训练后走向: <input type="checkbox"/> 继续在训 <input type="checkbox"/> 普幼 <input type="checkbox"/> 普小 <input type="checkbox"/> 特校 <input type="checkbox"/> 其他	名称	数量	适配时间
	手术部位:				
	手术时间:				
	术后评价: <input type="checkbox"/> 显效 <input type="checkbox"/> 有效 <input type="checkbox"/> 无效				
听力残疾	手术名称:	训练起止时间: 年 月至 年 月 康复训练效果: <input type="checkbox"/> 显效 <input type="checkbox"/> 有效 <input type="checkbox"/> 无效 参加社会融入活动____次 家长培训: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 家长满意度: <input type="checkbox"/> 非常满意 <input type="checkbox"/> 满意 <input type="checkbox"/> 不满意 训练后走向: <input type="checkbox"/> 继续在训 <input type="checkbox"/> 普幼 <input type="checkbox"/> 普小 <input type="checkbox"/> 特校 <input type="checkbox"/> 其他	名称	数量	适配时间
	手术部位:				
	手术时间:				
	术后评价: <input type="checkbox"/> 显效 <input type="checkbox"/> 有效 <input type="checkbox"/> 无效				
言语残疾	手术名称:	训练起止时间: 年 月至 年 月 康复训练效果: <input type="checkbox"/> 显效 <input type="checkbox"/> 有效 <input type="checkbox"/> 无效 参加社会融入活动____次 家长培训: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 家长满意度: <input type="checkbox"/> 非常满意 <input type="checkbox"/> 满意 <input type="checkbox"/> 不满意 训练后走向: <input type="checkbox"/> 继续在训 <input type="checkbox"/> 普幼 <input type="checkbox"/> 普小 <input type="checkbox"/> 特校 <input type="checkbox"/> 其他	名称	数量	适配时间
	手术部位:				
	手术时间:				
	术后评价: <input type="checkbox"/> 显效 <input type="checkbox"/> 有效 <input type="checkbox"/> 无效				

残疾类别	手术	康复训练	辅助器具												
肢体残疾	手术名称： 手术部位： 手术时间： 术后评价： <input type="checkbox"/> 显效 <input type="checkbox"/> 有效 <input type="checkbox"/> 无效	训练起止时间： 年 月至 年 月 康复训练效果： <input type="checkbox"/> 显效 <input type="checkbox"/> 有效 <input type="checkbox"/> 无效 参加社会融入活动____次 家长培训： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 家长满意度： <input type="checkbox"/> 非常满意 <input type="checkbox"/> 满意 <input type="checkbox"/> 不满意 训练后走向： <input type="checkbox"/> 继续在训 <input type="checkbox"/> 普幼 <input type="checkbox"/> 普小 <input type="checkbox"/> 特校 <input type="checkbox"/> 其他	<table border="1"> <thead> <tr> <th>名称</th> <th>数量</th> <th>适配时间</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	名称	数量	适配时间									
名称	数量	适配时间													
智力残疾	手术名称： 手术部位： 手术时间： 术后评价： <input type="checkbox"/> 显效 <input type="checkbox"/> 有效 <input type="checkbox"/> 无效	训练起止时间： 年 月至 年 月 康复训练效果： <input type="checkbox"/> 显效 <input type="checkbox"/> 有效 <input type="checkbox"/> 无效 参加社会融入活动____次 家长培训： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 家长满意度： <input type="checkbox"/> 非常满意 <input type="checkbox"/> 满意 <input type="checkbox"/> 不满意 训练后走向： <input type="checkbox"/> 继续在训 <input type="checkbox"/> 普幼 <input type="checkbox"/> 普小 <input type="checkbox"/> 特校 <input type="checkbox"/> 其他	<table border="1"> <thead> <tr> <th>名称</th> <th>数量</th> <th>适配时间</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	名称	数量	适配时间									
名称	数量	适配时间													
孤独症	手术名称： 手术部位： 手术时间： 术后评价： <input type="checkbox"/> 显效 <input type="checkbox"/> 有效 <input type="checkbox"/> 无效	训练起止时间： 年 月至 年 月 康复训练效果： <input type="checkbox"/> 显效 <input type="checkbox"/> 有效 <input type="checkbox"/> 无效 参加社会融入活动____次 家长培训： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 家长满意度： <input type="checkbox"/> 非常满意 <input type="checkbox"/> 满意 <input type="checkbox"/> 不满意 训练后走向： <input type="checkbox"/> 继续在训 <input type="checkbox"/> 普幼 <input type="checkbox"/> 普小 <input type="checkbox"/> 特校 <input type="checkbox"/> 其他	<table border="1"> <thead> <tr> <th>名称</th> <th>数量</th> <th>适配时间</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	名称	数量	适配时间									
名称	数量	适配时间													

手术医院		手术医生签字： 年 月 日
康复机构		机构负责人签字： 年 月 日
辅具适配机构		机构负责人签字： 年 月 日
监护人签字	<p>经机构详细说明，本人已知晓本次康复救助内容、补助标准、训练计划及预期效果，并保证积极参加家长培训，及时反馈救助对象训练效果及存在问题。</p> <p style="text-align: right;">签字：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>	

填表说明：此表由康复机构填写，每年登记一次，并及时将救助信息录入数据库。

附件 3

云南省残疾儿童定点康复机构

申 报 表

申请机构：_____

申请时间：_____

受理单位：_____

受理时间：_____

云南省残疾儿童定点康复机构认定委员会编制

基本情况						
机构名称				机构代 码证号		
地 址					邮 编	
法定代表人		联系 电话		主管 部门		
机构类别	<input type="checkbox"/> 公办 （ <input type="checkbox"/> 残联 <input type="checkbox"/> 卫健 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 民政 <input type="checkbox"/> 其他_____） <input type="checkbox"/> 民办公助 （ <input type="checkbox"/> 残联 <input type="checkbox"/> 卫健 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 民政 <input type="checkbox"/> 其他_____） <input type="checkbox"/> 民办公助 <input type="checkbox"/> 其他_____					
机构资质	<input type="checkbox"/> 医疗 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 其他_____			医保定点	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
消防安全资 格相关证书	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	环保合格 相关证明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	无障碍设施	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
机构简介						
既往 开展 业务	视力残疾	听力残疾	言语残疾	肢体残疾	智力残疾	孤独症
	<input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具	<input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具	<input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具	<input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具	<input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具	<input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具

场地设施设备情况						
功能室名称	数量	面积	设施设备			功能简述
人员构成情况						
分类	数量	初级职称	中级职称	高级职称	职责简述	
管理人员						
专业人员						
申请内容	愿意承担云南省残疾儿童康复救助服务，并遵从残疾儿童康复救助服务规范要求为残疾儿童提供康复救助服务。					
申报服务项目	视力残疾	听力残疾	言语残疾	肢体残疾	智力残疾	孤独症
	<input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具	<input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具	<input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具	<input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具	<input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具	<input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具

承 诺 书

本机构承诺遵守国家法律、法规和政策，遵守国家、省和当地有关康复服务及物价管理的法律、法规和标准。场地使用面积、地理位置、场地环境、室内设计、人员配备及管理、设备配备、技术水平、服务设施及管理符合法律、法规关于开展相关业务的规定和要求，以及有关部门制定的相关规范。专业技术人员和管理人员的专业技能、比例、数量符合相关法律法规或工作规范关于开展相关业务的规定和要求。并对所提供信息和材料证明的真实性负责。

签章：

年 月 日

专家 评审 意见	经评审，该机构符合以下残疾儿童康复救助定点康复机构准入标准：					
	视力残疾 <input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具 评审组签字：	听力残疾 <input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具 评审组签字：	言语残疾 <input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具 评审组签字：	肢体残疾 <input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具 评审组签字：	智力残疾 <input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具 评审组签字：	孤独症 <input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具 评审组签字：
认定 委员 会 审 批 意 见	遵循公开择优原则，根据评审组意见，提出以下审批意见： 将（ ）认定为_____级残 疾儿童康复救助定点康复机构，为残疾儿童提供以下康复救助服务：					
	视力残疾 <input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具	听力残疾 <input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具	言语残疾 <input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具	肢体残疾 <input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具	智力残疾 <input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具	孤独症 <input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具
	盖章： 年 月 日					
公 示 情 况	公示时间			公示结果		
	年 月 日—— 年 月 日			<input type="checkbox"/> 无异议 <input type="checkbox"/> 意见、建议_____		
填 表 说 明	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本表格用于云南省残疾儿童定点康复机构的申报审批。 2. 申报机构须按要求认真据实填写各项内容。 3. 场地设施设备和人员构成情况可根据所申报项目另附纸说明。 4. 相关资料可随申报表一并提交。 5. 本表一式两份，认定委员会和机构各留存一份。 					

附件 4

云南省残疾儿童康复救助审核结算表

基本情况															
儿童姓名				性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		民族				出生日期				(照片)
残疾证号 (或身份证号)															
地 址															
监护人姓名				与儿童关系						联系电话					
残疾类别	<input type="checkbox"/> 视力 <input type="checkbox"/> 智力 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 言语 <input type="checkbox"/> 精神 (多重残疾可多选)														
残疾程度	<input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级														
享受医疗保险情况	<input type="checkbox"/> 享受城镇职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 享受城乡居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 享受医疗救助 <input type="checkbox"/> 享受其他保险 <input type="checkbox"/> 无医疗保险														
康复机构							是否定点			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
康复救助情况															
救助内容	视力残疾		听力残疾		言语残疾		肢体残疾		智力残疾		孤独症				
	<input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具		<input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具		<input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具		<input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具		<input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具		<input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具				
手术	手术名称: 手术部位: 手术时间: 术后评价: <input type="checkbox"/> 显效 <input type="checkbox"/> 有效 <input type="checkbox"/> 无效									手术医生签字: <div style="text-align: right;">年 月 日</div>					
康复训练	训练起止时间: 年 月至 年 月 参加社会融入活动____次 康复训练效果: <input type="checkbox"/> 显效 <input type="checkbox"/> 有效 <input type="checkbox"/> 无效 家长培训: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 家长满意度: <input type="checkbox"/> 非常满意 <input type="checkbox"/> 满意 <input type="checkbox"/> 不满意 训练后走向: <input type="checkbox"/> 继续在训 <input type="checkbox"/> 普幼 <input type="checkbox"/> 普小 <input type="checkbox"/> 特校 <input type="checkbox"/> 其他									机构负责人签字: <div style="text-align: right;">年 月 日</div>					

辅助器具	名称	型号	数量	适配时间	
费用汇总					
项目	数量	总费用	医保报销	康复救助补助	个人自付
手术					
康复训练					
辅具适配					
合计					
机构（公章）：		负责人：		经费核算人：	
县残联审核意见	审核人（签章） 日期： 年 月 日				
救助标准	<p>手术类：手术费最高补助 2 万元（人工耳蜗植入手术费含植入手术、术后开机及 4 次调机费）。</p> <p>康复训练：每人每月补助 2000 元，每年最长不超过 10 个月。</p> <p>辅助器具适配：基本型辅助器具适配，每人最高补助 1000 元（含产品及评估适配费用）；装配假肢、矫形器，每人最高补助 5000 元（含部件材料及制作费用）；助听器最高补助 6000 元（含全数字助听器 2 台、验配及 1 年内调试）；人工耳蜗产品最高补助 7 万元。</p> <p>多重残疾的，按照相应残疾类别救助标准给予补助，同一类救助服务同一年度内仅补助 1 次。</p>				

提供资料：费用票据、云南省残疾儿童康复救助申请审批表、云南省残疾儿童康复救助登记表、康复档案、住院病历资料和费用总清单。

抄送：县委各部门，人大常委会办公室，县政协办公室，县监委，
县法院，县检察院，县人武部。

富源县人民政府办公室

2019年5月5日印发
