**残疾人联合会**

**教育体育局**

**公 安 局**

**民 政 局**

**财 政 局**

**卫生健康委**

宿残联〔2020〕9号

**关于印发《宿州市2020年贫困残疾人康复**

**实施办法》的通知**

各县、区残联、教育体育局、公安局、民政局、财政局、卫生健康委：

现将《宿州市2020年贫困残疾人康复实施办法》印发给你们，请结合实际，认真贯彻执行。

宿州市残疾人联合会 宿州市教育体育局

宿州市公安局 宿州市民政局

宿州市财政局 宿州市卫生健康委

2020年 4月7日

（此件主动公开）

**宿州市2020年贫困残疾人康复实施办法**

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《安徽省“十三五”加快残疾人小康进程规划纲要》（皖政〔2016〕111号）《安徽省人民政府关于建立残疾儿童康复救助制度的实施意见》（皖政〔2018〕84号）和宿州市人民政府关于2020年实施民生工程的部署，制定本办法。

一、贫困精神残疾人药费补助

**（一）目标任务**

2020年，为全市7528名贫困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财政按8:2分担。省级补助部分，由省财政通过转移支付方式拨付至各县级财政部门。县级残联负责审核、统计汇总补助对象基本情况，并报同级财政部门复核后，由同级财政部门负责将补助资金打卡发放至补助对象银行账户并标识“残补”或“精补”。

**（三）项目管理**

贫困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乡镇（街道）残联提出申请，填写《贫困精神残疾人药费补助审批表》，同时出具以下证明材料：

1．持二代精神残疾人证；

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，经医院鉴定后确系贫困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、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。

**（四）实施要求**

1．各地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全国重性精神病人信息管理系统的贫困精神残疾人纳入补助范围。

2．各级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。各级公安、民政、卫生健康等部门要充分发挥本部门职能，协助项目的实施，确保符合条件的对象得到救助。

3．各级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**

2020年，为989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141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．康复训练补助标准按各地残疾儿童康复救助制度实施意见执行，省财政按每人每年7200元予以补助，市级财政配套2400元，不足部分由县区筹集。

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，由省财政通过专项转移支付方式拨付至市级财政，市根据分解指标任务将资金拨付至县区级财政部门。

2．残疾儿童康复救助项目经费原则上应待项目完成后，由各地残联向同级财政部门申报，按规定支付。为加快资金拨付进度，缓解机构运营困难，各地可根据实际情况，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，医疗和康复训练费用符合当地城乡居民基本医疗保险报销项目的应由医疗保险报销，以补充康复训练经费不足部分。

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。

**（四）项目管理**

1．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。

2．各县区残联要会同民政、卫生健康等有关部门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工作要求确定残疾儿童康复救助服务机构；将符合条件的儿童福利机构优先纳入定点康复机构；建立定期检查、综合评估机制，规范残疾儿童康复救助服务。

在确定机构和转介安置工作中，各级残联要尊重残疾儿童家庭的意愿，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．各级残联要与定点机构签订协议，明确双方职责，加强定点康复机构综合监督，促进服务质量改善，加强风险防控；督促机构根据《关于加强残疾人康复民生工程管理和精准康复服务有关工作的通知》（皖康复办〔2017〕6号）等文件提出的要求和康复训练技术规范及质量标准，对救助对象严格按规范开展康复训练。

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市残联及时查询或安排替补。

5．定点机构须与每位在训儿童监护人签订康复安置协议，明确双方责任和义务，确保在训儿童训练时间、训练质量、训练效果。

6．县区残联要按照《关于加强残疾儿童康复定点机构安全管理工作的意见》（皖康复办〔2016〕10号）定期组织相关部门进行安全管理工作检查；按照《关于规范全省残疾儿童康复档案使用管理的通知》（皖康复办〔2017〕12号）要求，规范机构档案管理。

7．残疾儿童辅具适配、假肢矫形器制作由市成立专业技术组自行完成。

8．相关部门以适当方式公示受助对象基本情况，主动接受社会监督。

各地应根据本办法，并按照省财政厅、省残联《关于开展政府购买残疾儿童康复训练等服务的通知》（皖残联〔2014〕52号）要求，制定具体实施细则，做好相关制度衔接，确保政策平稳过渡。

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，各地要按《安徽省残疾人精准康复服务行动实施方案》（皖政办秘〔2016〕190号）文件要求，结合康复民生工程管理，进一步提高精准调度和科学监督水平。省残联将采取聘请第三方机构等方式对全省残疾人康复工作进行绩效评价。

本办法由市残联、市财政局负责解释。

附件：１．2020年度贫困精神残疾人药费补助任务目标

　 ２．2020年度残疾儿童康复救助项目任务分配表

　　　　　３．贫困精神残疾人药费补助审批表

　　　　　４．贫困精神残疾人药费补助汇总表

　　　　　５．残疾儿童康复救助项目安置（转送）考核表

附件1

**2020年度贫困精神残疾人药费补助任务目标**

**（**单位：人**）**

|  |  |
| --- | --- |
| 县 区 | 补助任务（人） |
| 合 计 | 7528 |
| 埇桥区 | 2410 |
| 砀山县 | 1345 |
| 萧 县 | 1300 |
| 灵璧县 | 1353 |
| 泗 县 | 1120 |

附件2

2020年度残疾儿童康复救助项目

任务分配表

**（**单位：人**）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **县区** | **残疾儿童**  **康复训练** | **适配假肢**  **矫形** | **适配辅助**  **器具** | **合计** |
| 合 计 | 989 | 75 | 66 | 1130 |
| 埇桥区 | 285 | 22 | 19 | 326 |
| 砀山县 | 153 | 12 | 10 | 175 |
| 萧 县 | 216 | 16 | 14 | 246 |
| 灵璧县 | 191 | 14 | 13 | 218 |
| 泗 县 | 144 | 11 | 10 | 165 |

附件3

**贫困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 | | □1.低保户 □2.家庭经济困难 | | | | | |
| 医保情况 | | □ 1.城乡居民基本医疗保险 □ 2.民政医疗救助 □3. 其他医疗保险  □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。  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（县、区）残联存档。

附件4

**贫困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 | 残疾证号 | 监护人  姓名 | 家庭住址 | 联系电话 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |

附件5

**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 | 34132320150627107X | | | | | | | |
| 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 | 年 月  至 年 月 | | | 康复效果  机构自评 | | | □显效 □有效 □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 | | | | | | | |

宿州市残疾人联合会 2020年4月 1 日