

禹残工委〔2024〕1 号

关于印发《2024 年度禹会区困难残疾人 康复实施办法》的通知

各乡镇、街道、区残工委相关成员单位，区残疾人康复中心、智远康复训练中心：

现将《2024 年度禹会区困难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。

2024 年 4 月 28 日



2024 年度禹会区困难残疾人康复实施办法

为改善困难残疾人康复状况，着力提高困难残疾人社会保障和服务水平，根据《困难残疾人康复工程实施方案》的通知（皖残联〔2024〕11 号）、市残联〔2024〕15 号）和蚌埠市民生工作领导小组办公室关于印发《2024 年 50 项民生实事实施方案》的通知（蚌民生办〔2024〕1 号）的部署，制定本实施方案。

一、困难精神残疾人药费补助

（一）目标任务

2024 年，为全区 330 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 1000-1200 元（个人支付票据达 1200 元（含）以上的救助补助提高至 1200 元）。所需经费由省、市、区级共同承担，超出部分均由区级财政承担。各乡镇街道残联负责初审、统计补助对象基本情况，区残联负责审核、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在金融机构开设的银行账户，并注明“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。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》，区残联负责基础信息数据库的日常管理及有关报送工作。

区残联须对上一年度受助对象进行年审，每人每年需出具个人支付凭证 1000 元以上票据，新增补助对象每人每年需出具个人支付凭证不少的少于 300 元票据，对不符合救助条件的要及时调整。

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《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、精神类别残疾人证；
- 2、精神病门诊或住院治疗病历等证明材料及 1000 元以上个人支付票据。

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申办残疾证的，由医院出具诊断证明、监护人申请、乡镇（街道）及区残联审核，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、各乡镇、街道要在当地党委政府统一领导下，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、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、各乡镇、街道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

2024 年，为 91 名 0-16 周岁符合条件的视力、听力、言语、肢体、智力等残疾儿童和孤独症儿童提供康复救助；其中为 3 名肢体残疾儿童适配假肢矫形器，为 3 名残疾儿童适配辅助器具。

（二）补助标准

1. 0-6 岁视力、听力、言语、肢体、智力和孤独症残疾儿童康复训练补助标准按每人每年不低于 1.7 万元实施，脱贫易返贫、低收入家庭中的残疾儿童优先享受康复救助。7-16 岁的



视力、听力、言语、肢体、智力和孤独症残疾儿童康复训练补助标准按每人每年不低于 1.6 万元实施。各县、区救助政策要与残疾儿童救助制度相衔接，具体按各县、区残疾儿童康复救助制度实施意见执行。其中省级财政给予每人每年 5700 元的补助，其余部分由市本级与区财政按 3:7 比例承担，社会福利院由市本级承担。

2、残疾儿童适配假肢矫形器每人补助 5000 元。适配辅助器具每人补助 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、残疾儿童康复救助训练、适配假肢矫形器和其它辅助器具等项目经费，由市财政局会同市残联根据我区承担的任务数及补助标准，结合实施进度，通过专项转移支付方式拨付至我区财政部门。

2、残疾儿童康复训练经费，由区残联向区财政部门申报，按规定支付。资金拨付依据蚌埠市 2024 困难残疾人康复工程实施方案，结合工作实际，7 月底前拨付不低于 50% 的项目资金，剩余部分在省第三方考核前拨付完毕。

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，统筹用于残疾儿童康复训练、假肢矫形器和辅助器具适配等。实行“一户一



档”，结合实际情况，适当增加残疾儿童在训期间的生活补贴，原则上不低于 2000 元，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《蚌埠市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，区残联要加强属地定点康复机构的监管，结合政府购买服务的相关要求，对辖区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。

2、区残联要加强属地定点康复机构的监管，结合政府购买服务的相关要求，对辖区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。

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，并签订禹会区残疾儿童康复训练知情同意书。

3、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。区残联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。要督促定点机构依据省、市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残联，并及时查询督查复训或安排替补。区残联对定点机构残疾儿童在训情况、康复效果、档案建立健全等督查检查每年不少于3次。

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。区残联高度重视安全管理工作，定期对定点机构进行安全管理工作检查。

6、定点机构须按照《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，同时应当保护残疾儿童及其监护人的个人信息。

7、残疾儿童辅助器具适配、假肢矫形器制作由区残联按照财政相关制度自行完成，并于6月30日之前将残疾儿童辅助器具适配、假肢矫形器制作基本信息录入数据库。

8、残疾儿童康复救助项目实行动态监管。区残联将救助对



象基础信息和康复情况 6 月 30 日前录入“残疾儿童康复救助综合管理平台系统”，负责基础信息数据库的日常管理及有关报送工作，区残联及各乡镇、街道残联按要求做好“残疾儿童康复救助项目申请表、安置（转送）考核表”的审批及残疾人证或病历等纸质文档的存档。

9、相关单位以适当方式公示受助对象基本情况，主动接受社会监督。

10、区残联要会同区教育、民政、卫生健康、市场监管等部门加强监督，定期组织相关部门对辖区内定点儿童康复机构进行安全管理等工作检查，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。对违反其它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，各相关单位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。区残联将采取专项督查、抽样检查、实地核查等方式，对各乡镇、街道残疾人康复工作进行绩效评价。

本实施方案由区残联负责解释。



- 附件：1. 2024 年困难精神残疾人药费补助任务分配表
2. 2024 年度残疾儿童康复救助任务分配表
3. 困难精神残疾人药费补助审批表
4. 困难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

2024 年度困难精神残疾人药费补助任务分配表

乡镇、街道	补助任务（人）
朝阳街道	19
纬四街道	46
钓鱼台街道	16
张公山街道	57
大庆街道	67
长青乡	29
马城镇	76
合计	310



附件 2

2024 年度残疾儿童康复救助项目任务分配表

单位：人

乡镇、街道	残疾儿童 康复训练	适配假肢矫形器	适配辅助器具	合计
朝阳街道	4			4
纬四街道	8			8
钓鱼台街道	5			5
张公山街道	16			16
大庆街道	16	1	1	18
长青乡	16	1	1	18
马城镇	20	1	1	22
合计	85	3	3	91



附件 3

困难精神残疾人药费补助审批表

县（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（区）残联审批意见	审核人：公章 年 月 日				

注：本表由县（区）残联存档。



困难精神残疾人药费补助汇总表

县(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						



附件 5

残疾儿童康复救助项目安置（转送）考核表

县(区)		乡镇(街道)		村(社居委)	
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				
儿童户籍地县(区)残联意见	同意转送安置。 签字(公章) _____ 年 月 日				
训练起止日期	_____ 年 月 至 _____ 年 月				
实际康复训练时间	至 _____ 年 月 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	专家组签章: _____ 年 月 日				

注：此表一式二份，残疾儿童户籍所在地残联、定点机构各执一



蚌埠市残疾儿童康复救助项目申请审批表

儿童姓名		性 别	☐ 男 ☐ 女	二寸 免冠照片
民 族	☐ 汉 族 ☐ 少数民族			
儿童身份证号				
家长姓名		与儿童关系		
残疾类别	孤独症 ☐ 脑瘫 ☐ 聋儿 ☐ 智障 ☐			
联系方式	宅电/手机			
通讯地址				
享受医疗保险情况	☐ 享受城乡居民医疗保险 ☐ 享受医疗救助 ☐ 享受其他保险			
申请的定点 康复机构名称				
监护人申请	申请人： 年 月 日			
乡镇（街道） 残联意见	审核人： 公 章 年 月 日			
县（区）残联 审批意见	审核人： 公 章 年 月 日			

注：此表县区（乡、镇、街）存档。

