

舟山市定海区残疾人联合会
舟山市定海区教育局
舟山市定海区民政局 文件
舟山市定海区财政局
舟山市定海区卫生和计划生育局

定残联〔2016〕26号

关于印发《定海区残疾儿童基本康复服务与
补贴制度实施办法》的通知

各镇人民政府、街道办事处：

根据《关于印发〈浙江省残疾儿童基本康复服务与补贴制度实施办法〉的通知》（浙残联发〔2016〕11号）、《关于印发〈舟山市残疾儿童基本康复服务与补贴制度实施办法〉的通知》（舟残联〔2016〕28号）和《关于印发〈定海区残疾人保障补助专项资金使用管理暂行办法〉的通知》（定财社〔2016〕36号）精神，结合定海实际情况，特制定《定海区残疾儿童基本康复

服务与补贴制度实施办法》。现印发给你们，请认真贯彻执行。

定海区残疾人联合会

定海区教育局

定海区民政局

定海区财政局

定海区卫生和计划生育局

2016年9月7日

定海区残疾儿童基本康复服务与补贴制度 实施办法

为保障全区残疾儿童及时得到基本康复服务，加快推进残疾人全面小康进程，根据省市相关文件规定，结合定海实际情况，制定本办法。

一、服务对象

（一）定海区户籍有康复需求、适应指征和康复意愿的 0—6 周岁残疾儿童，包括各类民政福利机构符合上述条件的孤残儿童。

（二）定海区户籍有基本养护需求和康复意愿，并经康复专家评估认定有康复适应指征的 7—18 周岁残疾儿童少年。

二、服务项目

（一）基本康复训练

为听力残疾、言语残疾、肢体残疾、智力残疾和孤独症等残疾儿童（含多重残疾）提供康复机构基本康复训练。

（二）辅助器具适配

为视力残疾儿童验配助视器；为听力残疾儿童验配助听器（双耳）；为肢体残疾儿童装配假肢或矫形器，适配轮椅、坐姿椅、站立架、助行器等辅助器具。

（三）人工耳蜗手术

为有手术适应指征的听力残疾儿童配发基本型人工耳蜗，提供人工耳蜗手术及术后基本康复训练。

（四）肢体矫治手术

为肢体残疾儿童实施矫治手术，提供术后基本康复训练，并给予矫形器装配补贴。

（五）集中养育康复（“添翼计划”）

依托儿童福利机构，为听力残疾、言语残疾、肢体残疾、智力残疾、孤独症儿童少年（含多重残疾）提供集中养育康复服务（“添翼计划”）。

三、补贴条件

（一）基本康复训练和辅助器具适配

1. 补贴年龄为 0—18 周岁。
2. 具有定海区户籍，并持有第二代残疾人证（发育障碍、发育迟缓、智力落后和孤独症儿童除外，但应提供三级以上医疗机构医学诊断证明）。
3. 有相应适应指征，身体状况稳定，家庭成员配合并有康复意愿。

（二）人工耳蜗手术

1. 补贴年龄为 1—18 周岁。
2. 具有定海区户籍，并持有听力残疾或双重残疾（含听力残）第二代残疾人证。
3. 经三级以上医疗机构检查无手术禁忌症，听觉器官发育正常，无脑性麻痹，无蜗后病变，精神、智力及行为发育正常。
4. 监护人对人工耳蜗手术风险和术后效果有正确认识，

能够配合并保证受助对象手术后在定点康复机构接受基本康复训练。

（三）肢体矫治手术

1. 补贴年龄为 0—18 周岁。
2. 具有定海区户籍，并持有肢体残疾或多重残疾（含肢体残）第二代残疾人证。
3. 主要手术适应症为：先天性关节畸型如马蹄足、先天性关节脱位如髋关节、膝关节脱位；小儿麻痹后遗症、脊膜膨出后遗症等导致肌腱挛缩、关节畸型及脱位；脑瘫或脑损伤导致的严重痉挛、肌腱挛缩、关节畸型及脱位等。

（四）集中养育康复（“添翼计划”）

1. 补贴年龄为 7—18 周岁。
2. 具有定海区户籍，持有第二代残疾人证的重度残疾对象，家庭需提供低保或低保边缘户证明。
3. 经康复专家评估认定有康复训练适应指征，身体状况稳定，家庭成员配合并有康复意愿。

四、补贴标准

（一）基本康复训练

0—6 周岁（对生活自理能力不足、不具备入学条件的残疾儿童，凭教育部门出具的缓学证明，可放宽至 8 周岁）听力残疾、言语残疾、肢体残疾、智力残疾和孤独症儿童（含多重残疾）接受康复机构按国家现行《残疾儿童康复救助机构服务规范和服务标准》提供的基本康复训练，其中康复 6 个月以上

每人每年补贴最高 2.4 万元，6 个月以下（含 6 个月）每人每月补贴最高 0.3 万元；7—18 周岁的非贫困或贫困非重度对象均予以减半补助。

（二）辅助器具适配

助听器：每人免费验配助听器 2 台（双耳佩戴），验配费补贴 1200 元，一次性家长培训费 150 元；助视器：每例补贴 1000 元；假肢：每例补贴 10000 元；矫形器：每例补贴 5000 元；轮椅、坐姿椅、站立架、助行器等辅助器具：每人补贴最高 2500 元。在补助年龄内，助视器、助听器验配每人累计补贴不超过 3 次；假肢、矫形器、轮椅、坐姿椅、站立架、助行器等辅助器具适配，每人累计补贴不超过 5 次。

（三）人工耳蜗手术

纳入国家或省人工耳蜗项目的 1—6 周岁听力残疾儿童免费配置基本型人工耳蜗 1 台，手术费（含术前检查费用）补贴每人 1.2 万元，在补贴年龄内每人补贴 1 次。术后基本康复训练参照听力残疾儿童补贴标准执行。

1—18 周岁人工耳蜗植入手术者（已享受国家或省项目补助除外）给予一次性补贴人工耳蜗产品和手术费 5 万元，术后康复训练费参照听力残疾儿童补贴标准执行。

（四）肢体矫治手术

肢体残疾儿童矫治手术，手术费（含术前检查费用）补贴每人 1.2 万元，术后基本康复训练每人补贴 6000 元，在补贴年龄内每人累计补助不超过 2 次。术后矫形器参照辅助器具中

矫形器适配补贴标准执行。

（五）集中养育康复（“添翼计划”）

听力残疾、言语残疾、肢体残疾、智力残疾、孤独症等 7—18 周岁贫困家庭重度残疾对象（含多重残疾），经专家鉴定有康复指征的，可以给予一个康复周期的康复补助，每人每年补贴最高 2.4 万元。康复期间，其养育费参照机构孤儿最低生活养育标准予以补助，不再享受重度残疾人护理补贴、基本生活补贴等其他相关福利。

五、审核、服务程序

（一）申请。由残疾儿童监护人向户籍所在地镇（街道）提出申请，并填写《定海区残疾儿童基本康复服务申请表》（见附件 1，以下简称《申请表》）。

（二）初审。由镇（街道）按照有关规定对申请人的相关材料进行初审并在《申请表》上签署意见，连同申请人提交的相关材料上报。其中 0—6 周岁及符合放宽年龄限制条件的残疾儿童《申请表》及相关材料报区残联；7—18 周岁集中养育康复贫困重度对象的《申请表》及相关材料报区民政局，非贫困或贫困非重度对象报区残联。

民政福利机构 0—6 周岁孤残儿童由儿童福利机构填写《申请表》，经民政部门审核后报区残联。

（三）复审。区残联、区民政局对上报材料按照本办法规定的条件进行复审并签署意见。相关证明由区残联、区民政局及提供集中养育康复的儿童福利机构存档备查，服务信息分别

录入“浙江省残疾儿童基本康复服务管理系统”、“全国儿童福利信息管理系统—福利机构儿童康复子系统”。《申请表》一份由复审部门存档，另一份由镇（街道）带回并交申请人。

区残联和区民政局在审核申请材料时，对申请人持有的第二代残疾人证或三级以上机构医学诊断证明重点审核。对接受集中养育康复（“添翼计划”）的残疾对象，区民政局、区残联组织康复专家进行评估筛查，同时与其家庭及其所在村（居）委会签订协议，明确各方责任和义务。

（四）服务。残疾儿童持经过审核同意的《申请表》到服务机构（部门项目定点）接受相应服务。

（五）补贴。残疾儿童接受基本康复服务的费用，由监护人凭服务记录、票据等相关资料报区残联、区民政局审核同意后，按照在规定标准内实报实销的原则予以补贴。其中基本康复训练费用每半年补贴一次，监护人应于每年6月1日和12月1日前上报相关资料。集中养育康复（“添翼计划”）经费纳入省项目的按照各儿童福利机构完成的目标任务数核定下拨，其他的按规定标准内实报实销的原则予以补贴。

在舟山市残疾人康复指导中心等定点机构接受康复的贫困家庭残疾儿童可凭低保证、困难救助证等有效证件，申请采取先接受基本康复训练后支付相关费用的办法。

1—6周岁国家或省项目人工耳蜗手术及术后基本康复的申请和审批程序按照国家和省有关规定执行。1—18周岁非国家或省项目申请和审批程序按区残联原有规定执行。

六、定点机构

基本康复训练由省、市残联根据全国残疾儿童康复机构服务规范和标准评估具备资格并对外公布的各类康复服务机构实施，包括省内和上海的定点康复机构。残疾儿童选择在市外定点机构接受康复训练，必须按规定办理转介手续。人工耳蜗手术国家和省项目由定点机构组织实施。儿童助听器验配与矫形器适配服务由省残联确定的辅助器具服务机构组织实施。肢体矫治手术等有医疗行为的项目服务机构须具有医疗执业资质。集中养育康复项目（“添翼计划”）由具备集中养育和康复服务能力的儿童福利机构负责实施，由浙江民政康复中心提供技术支持。

七、工作要求

（一）精心组织，强化管理。残联、教育、民政、财政、卫计部门要切实加强领导，明确工作措施，精心组织实施。其中教育部门和卫计部门要加强残疾儿童的筛查工作；区财政要强化经费的管理和监督，确保专款专用；区残联、区民政局负责具体组织实施，认真完成实施情况的统计和档案数据的录入。

（二）统一信息，动态管理。各项目档案资料、统计报表及康复服务和质量评估等具体实施要求，按国家、省、市有关文件执行，并按要求录入“浙江省残疾儿童免费基本康复管理系统”和“全国儿童福利信息管理系统—福利机构儿童康复子系统”，实行动态管理。

（三）扩大宣传，营造氛围。残联、教育、民政、财政、

卫计等有关单位、各镇（街道）要通过新闻媒体、网格平台等，大力宣传残疾儿童免费基本康复制度及其重要意义，挖掘报道典型事例，让全社会更多了解、关心、帮助残疾儿童。

八、其他规定

（一）本办法与省市文件同步实施。凡与原文件规定不一致的，以本办法为准。

（二）本办法由区残联、区教育局、区民政局、区财政局、区卫计局负责解释。

- 附件：1、定海区残疾儿童基本康复服务申请表；
2、定海区残疾儿童基本康复服务记录表；
3、定海区婴幼儿疑似残疾筛查登记表；
4、定海区在校学生残疾筛查报告表。

附件 1

定海区残疾儿童基本康复服务申请表

0—6 周岁 7—18 周岁

姓 名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月		民族	
身份证号				残疾证号			
监护人姓名				与被监护人关系			
家庭住址					邮政编码		
监护人住址	<input type="checkbox"/> 同家庭地址 <input type="checkbox"/> 其他:						
联系方式	手机:			座机:			
家庭经济状况	<input type="checkbox"/> 孤残儿童 <input type="checkbox"/> 享受当地城乡居民最低生活保障 <input type="checkbox"/> 其他				户口	<input type="checkbox"/> 农业户 <input type="checkbox"/> 非农业户	
享受医疗保险、救助情况	<input type="checkbox"/> 享受城镇居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 享受新型农村合作医疗 <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 <input type="checkbox"/> 无医疗救助						
残疾类别和程度	<input type="checkbox"/> 视力残疾: 残疾程度: <input type="radio"/> 一级 <input type="radio"/> 二级 <input type="radio"/> 三级 <input type="radio"/> 四级 <input type="checkbox"/> 听力残疾: 残疾程度: <input type="radio"/> 一级 <input type="radio"/> 二级 <input type="radio"/> 三级 <input type="radio"/> 四级 <input type="checkbox"/> 言语残疾: 残疾程度: <input type="radio"/> 一级 <input type="radio"/> 二级 <input type="radio"/> 三级 <input type="radio"/> 四级 <input type="checkbox"/> 智力残疾: 残疾程度: <input type="radio"/> 一级 <input type="radio"/> 二级 <input type="radio"/> 三级 <input type="radio"/> 四级 <input type="checkbox"/> 孤独症: 残疾程度: <input type="radio"/> 一级 <input type="radio"/> 二级 <input type="radio"/> 三级 <input type="radio"/> 四级 <input type="checkbox"/> 肢体残疾: 残疾部位: <input type="radio"/> 左小腿截肢 <input type="radio"/> 右小腿截肢 <input type="radio"/> 左大腿截肢 <input type="radio"/> 右大腿截肢 <input type="radio"/> 左上臂 <input type="radio"/> 右上臂 <input type="radio"/> 左前臂 <input type="radio"/> 右前臂 <input type="radio"/> 其他 残疾程度: <input type="radio"/> 一级 <input type="radio"/> 二级 <input type="radio"/> 三级 <input type="radio"/> 四级 <input type="checkbox"/> 多重残疾: 残疾程度: <input type="radio"/> 一级 <input type="radio"/> 二级 <input type="radio"/> 三级 <input type="radio"/> 四级						
监护人申请	我的被监护人_____基本情况如上。希望获得浙江省残疾儿童基本康复补贴, 具体请求享受康复服务的内容如下: <input type="checkbox"/> 验配助视器 <input type="checkbox"/> 验配助听器 <input type="checkbox"/> 适配假肢、矫形器或其他辅助器具 <input type="checkbox"/> 听力言语康复训练 <input type="checkbox"/> 肢体残疾(含脑瘫)康复训练 <input type="checkbox"/> 孤独症康复训练 <input type="checkbox"/> 智力残疾康复训练 <input type="checkbox"/> 肢体残疾矫治手术 <input type="checkbox"/> 人工耳蜗手术及术后康复训练 <input type="checkbox"/> 其他(请注明): _____ 特此申请 <div style="text-align: right;">监护人签字_____</div> <div style="text-align: right;">年 月 日</div>						

镇（街道） 初审意见	<p style="text-align: right;">（盖章）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
区残联或 区民政局 复审意见	<p style="text-align: right;">（盖章）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
省项目组 审核意见	<p>（此栏仅为人工耳蜗项目填写，其它项目不填写）</p> <p style="text-align: right;">（盖章）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
身份证（或户 口本）、残疾人 证、低保证、 困难救助证等 复印件粘贴处	

说明：此表填写一式二份。一份交受助对象，一份作为复审部门存档备查。

定海区残疾儿童基本康复服务记录表

姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月		民族	
身份证号				残疾证号			
监护人姓名		与被监护人关系			核证日期		
家庭住址					邮政编码		
监护人住址	<input type="checkbox"/> 同家庭地址 <input type="checkbox"/> 其他:						
联系方式	手机:			座机:			
残疾类别和程度	<input type="checkbox"/> 视力残疾: 残疾程度: <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 听力残疾: 残疾程度: <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 言语残疾: 残疾程度: <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 智力残疾: 残疾程度: <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 孤独症: 残疾程度: <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 肢体残疾: <input type="checkbox"/> 左小腿截肢 <input type="checkbox"/> 右小腿截肢 <input type="checkbox"/> 左大腿截肢 <input type="checkbox"/> 右大腿截肢 <input type="checkbox"/> 左上臂 <input type="checkbox"/> 右上臂 <input type="checkbox"/> 左前臂 <input type="checkbox"/> 右前臂 <input type="checkbox"/> 其他 残疾程度: <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 多重残疾: 残疾程度: <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级						
康复需求适应指征筛查情况及康复服务结果和费用记录	1. 助视器验配: <input type="checkbox"/> 可以验配; <input type="checkbox"/> 不可以验配 视力补偿效果: <input type="checkbox"/> 最适; <input type="checkbox"/> 适合; <input type="checkbox"/> 较适 助视器验配费用: ¥_____元 监护人签字: _____ 验配服务机构: _____ (盖章) 年 月 日						
(医师、验配师、技师、训练师分别填写此栏。遇“□”和“○”时,请在选择项打“√”)	2. 助听器验配: <input type="checkbox"/> 可以验配: <input type="checkbox"/> 左耳验配 <input type="checkbox"/> 右耳验配; <input type="checkbox"/> 不可以验配 左耳听力损失_____分贝; 右耳听力损失_____分贝 左耳听力补偿效果: <input type="checkbox"/> 最适; <input type="checkbox"/> 适合; <input type="checkbox"/> 较适 右耳听力补偿效果: <input type="checkbox"/> 最适; <input type="checkbox"/> 适合; <input type="checkbox"/> 较适 助听器验配费用: ¥_____元 监护人签字: _____ 验配服务机构: _____ (盖章) 年 月 日						

康复需求 适应指征 筛查情况 及康复服 务结果、 费用记录 (医师、验配 师、技师、训 练师分别填 写此栏。遇 “□”和“○” 时,请在选择 项打“√”)	3. 适配假肢、矫形器或其他辅助器具: <input type="checkbox"/> 可以装配: <input type="radio"/> 左小腿 <input type="radio"/> 右小腿 <input type="radio"/> 左大腿 <input type="radio"/> 右大腿 <input type="radio"/> 左上肢 <input type="radio"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 不可以装配 <input type="checkbox"/> 装配假肢: <input type="radio"/> 左小腿假肢 <input type="radio"/> 右小腿假肢 <input type="radio"/> 左大腿假肢 <input type="radio"/> 右大腿假肢 <input type="radio"/> 左上肢 <input type="radio"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 装配矫形器部位: <input type="radio"/> 左下肢 <input type="radio"/> 左足 <input type="radio"/> 右下肢 <input type="radio"/> 右足 <input type="radio"/> 左上肢 <input type="radio"/> 左手 <input type="radio"/> 右上肢 <input type="radio"/> 右手 <input type="radio"/> 其他 <input type="checkbox"/> 适配矫形器类别: _____ <input type="checkbox"/> 其他辅助器具: <input type="radio"/> 轮椅 <input type="radio"/> 坐姿器 <input type="radio"/> 站立架 <input type="radio"/> 助行器 适配费用: ¥ _____元 <div style="text-align: right;"> 监护人签字: _____ 装配服务机构: _____ (盖章) 年 月 日 </div>
	4. 康复训练: <input type="checkbox"/> 听力言语康复训练 <input type="checkbox"/> 肢体残疾康复训练 <input type="checkbox"/> 智力残疾康复训练 <input type="checkbox"/> 孤独症康复训练 康复效果: <input type="checkbox"/> 好; <input type="checkbox"/> 一般; <input type="checkbox"/> 无效 经费补助: ¥ _____元 <div style="text-align: right;"> 监护人签字: _____ 康复训练机构: _____ (盖章) 年 月 日 </div>
	5. 肢体残疾矫治手术: 手术及术后训练康复效果: <input type="checkbox"/> 好; <input type="checkbox"/> 一般; <input type="checkbox"/> 无效 <div style="text-align: right;"> 监护人签字: _____ 康复服务机构: _____ (盖章) 年 月 日 </div>
	6. 人工耳蜗手术: 手术及术后训练康复效果: <input type="checkbox"/> 好; <input type="checkbox"/> 一般; <input type="checkbox"/> 无效 <div style="text-align: right;"> 监护人签字: _____ 定点服务机构: _____ (盖章) 年 月 日 </div>

说明: 此表填写一式三份。一份交受助对象, 一份交区残联作为报销费用的凭据, 一份由定点医院、服务点或训练机构留存备查。

定海区婴幼儿疑似残疾筛查登记表

简况	姓名		性别		出生年月	
	身高		体重		身体状况	
	家庭地址					
家庭情况	父亲姓名		年龄		联系电话	
	母亲姓名		年龄		联系电话	
智障类 病因史	儿童直系亲属中是否有智力低下者				与患者是何关系	
	有无遗传代谢疾病（如染色体异常遗传或代谢异常等）					
	是否宫内营养不足				有无孕期中毒感染	
	早产		顺产		剖腹产	
	出生有无窒息			有无癫痫		有无高热惊厥
	发现时间				其他说明	
听障类 病因史	儿童直系亲属中是否有听力低下者				与患者是何关系	
	有无遗传代谢疾病（如染色体异常遗传或代谢异常等）					
	是否宫内营养不足				有无孕期中毒感染	
	早产		顺产		剖腹产	
	发现时间				其他说明	
	肢障类 病因史	有无遗传代谢疾病（如染色体异常遗传或代谢异常等）				
先天		疾病	早产	产伤	窒息	中毒
痉挛性			手足徐动型	共济失调		弛缓型
混合型						
发现时间				其他说明		
适应力		听力程度	左耳		右耳	视力程度
	智力程度				肢体功能	
	行为表现				自理能力	
备注	此表由区妇幼计生中心填写，一式三份。一份存档，一份上报区卫计局，一份上报区残联，每月5日前上报。					

填表单位（盖章）：

填表人：

填表日期：

附件 4

定海区在校学生残疾筛查报告表

学生姓名		性 别	
出生日期		民 族	
身份证号码			
家长姓名		联系电话	
家庭地址			
家庭经济情况	<input type="checkbox"/> 低保 <input type="checkbox"/> 低保边缘 <input type="checkbox"/> 其他		
所在学校及 通讯地址	联系人		
	联系电话		
疑似诊断 残疾类别	<input type="checkbox"/> 视力残疾 <input type="checkbox"/> 听力残疾 <input type="checkbox"/> 言语残疾 <input type="checkbox"/> 肢体残疾 <input type="checkbox"/> 智力残疾 <input type="checkbox"/> 精神残疾 <input type="checkbox"/> 自闭症		
备 注			
说 明	此表由学校填写，一式三份。一份存档，一份上报区教育局，一份上报区残联，按学期于开学当月上报。		

填表单位（盖章）：

填表人：

填表日期：

