**中山市残疾人精准康复补助申请程序**

**（0-6岁辅具补助）**

**1、所需材料如下：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **材料内容** | **完成**”✔” | **备注** |
| 1 | 《残疾人精准康复服务补助申请审批表》一式3份。 |  | 附件1 |
| 2 | 精准康复服务手册复印件。第1页：必须贴相片（小二寸彩照）。第2页：残疾人基本信息（填写）。第3页：康复需求评估与转介记录（医生或工作人员或专职委员填写、签名、盖章）。**注：**申请助听器不需领取手册，只需提供《听力残疾人辅具需求评估表》。 |  | 附件2 |
| 3 | 残疾证复印件（0-6岁没有办理残疾证则需省内评残医院出具的疾病诊断证明书）。 |  |  |
| 4 | 出生证明+户口本。 |  |  |
| 5 | 发票正本。（助听器的发票需有：品牌、型号、左右耳、金额）。 |  |  |
| 6 | 申请人银行卡或存折账户复印件，必须填写开户行（非本人申请的，则需提供关系证明如：户口本、结婚证、出生证明）。 |  |  |
| 7 | 保修卡（仅限助听器）。 |  |  |
| 8 | 本人配置辅具的照片。 |  |  |
| 9 | 家庭贫困的出示：低保、低收入证明。 |  |  |
| 10 | 所有复印件镇区残联需加盖公章。 |  |  |
| 11 | ★（1）镇区残联专干录入精准康复训练救助情况汇总表★（2）镇区残联专干用手机拍摄以下信息：①申请人照片；②户籍证明：身份证或户口本；③残疾证或疾病诊断证明；④康复内容（手册第2页）；⑤服务小结（医院:出院小结或机构评估报告）；文件格式以“镇区+日期+孩子姓名”命名；将以上资料打包发给康复部邮箱zsclkfb@163.com。 |  | **残联专干****负责事项**附件3 |

**2、流程图如下：**

**0-6岁辅具补助**

**户籍所属村居委会**

**领取表格**

**经定点机构或残联专职委员评估**

**详见附件4**

**将相关材料交回**

**所属社区**

**镇区复审**

**上报市残联**

**康复部**

**审核通过**

**发放补助**

**评估通过**

**购买辅具**

1. **《残疾人精准康复服务补助申请审批表》**
2. **《听力残疾人辅具需求评估表》**
3. **精准康复手册**

**评估不通过**

**自费购买辅具**

**附件1：**

**残疾人精准康复服务补助申请审批表**

**（ 年度）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号 |  | 残疾证号（持证必填） |  |
| 残疾类别 | 视力🞎 听力🞎 言语🞎 肢体🞎 智力🞎 精神🞎（多重残疾可多选） |
| 残疾等级 | 一级🞎 二级🞎 三级🞎 四级🞎 未定级🞎 |
| 家庭住址 |  | 监护人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 家庭经济状况 | 🞎家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线🞎家庭经济困难 | 户口类别 | 🞎农业户🞎非农业户 |
| 医疗保险情况 | 🞎享受城镇职工基本医疗保险 🞎享受城乡居民基本医疗保险🞎享受医疗救助 🞎享受其他保险 🞎无医疗保险 |
| 康复需求项目 |   （附评估机构出具“康复需求评估意见”） |
| 残疾人或监护人申请 | （本人承诺提供的资料及发票真实无误），申请人： 请手写括号内的内容：  年 月 日 |
| 社区（村）委会意见 | 审核人：公 章年 月 日 |
| 镇（区）残联意见 | 审核人：公 章年 月 日 |
| 市残联审批意见 | 审核人：公 章年 月 日 |

**填表说明：1、**此表一式叁份。由残疾人或其监护人填写，经社区康复协调员逐级审核上报至镇（区）残联，由市、镇（区）两级审批并留存。

2、“康复需求项目”栏依据评估机构出具的“康复需求评估意见”填写，评估机构出具的“康复需求评估意见”须加盖评估机构公章。

3、附身份证、残疾证的复印件，如果0-6岁未有残疾证的出具疾病诊断证明：附发票正本，附申请人的银行账户复印件，如不是本人申请，需提交关系证明（户口簿、结婚证、出生证等）；家庭贫困的出示：低保、低收入证明。所有复印件镇区残联要加盖公章确认复印件与原件一致。

**附件2：**

**听力残疾辅具需求评估表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 残疾等级 |  |
| 身份证号 |  | 残疾人证号（持证必填） |  |
| 主观及客观听力检测报告结果 |  |
| 诊断 |  |
| 配置辅具意见 | （要注明装配助听器是佩单耳、双耳、人工耳蜗植入手术是单耳、双耳）**评估机构：盖章**评估医生签名：**1、 2、**年 月 日 |
| 备注 | （遵循先听力评估后配置助听器或人工耳蜗植入术的原则） |

**附件3：**

**中山市 镇区精准康复训练救助情况汇总表**

**填报期间： 年 月 日 填报人：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **编号** | **姓名的** | **性别** | **出生年月** | **残疾类别（表现）** | **残疾证号(或身份证号）** | **户籍地址** | **监护人** | **监护人身份证号** | **本人或监护人电话** | **家庭经济** | **申请时间** | **补助项目** |
| **填写说明：** |  |  |  | **无残疾证的填诊断证明书内容** | **已评残的填残疾证号未评残的填身份证号** | **格式：省+市+镇区+村居+地址** | **0-6岁残疾儿童方要填写7岁以上的不用填写** | **家庭经济的填写选项：****“一般”****“困难”（附低收入证）****“低保”（附低保证）** | **残疾人或监护人的申请时间** | **填写选项：****“0-6岁儿童康复训练”“7-17岁康复训练”****“成人康复训练”****“0-6岁XX（辅具名称）”****“7-17岁XX（辅具名称）”****“成人XX（辅具名称）”** |
| 例 | 张小 | 男 | 2018.5 | 儿童孤独症 | 442000201805XXXXXXXX | 广东省中山市石岐区XX社区XX街X号 | 张大 | 442000198805XXXXXX | 137XXXX1234 | 一般 | 2019.8.16 | 0-6岁矫正鞋 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**附件4：辅具目录**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **类别** | **名称** | **补贴标准（元）** | **单位** | **使用年限** | **评估方** |
| **肢体残疾** | 小腿假肢 | 3500元 | 具 | 3年 | 定点机构 |
| 膝离断假肢 | 10000元 | 具 | 3年 | 定点机构 |
| 大腿假肢 | 6000元 | 具 | 3年 | 定点机构 |
| 髋离断假肢 | 10000元 | 具 | 3年 | 定点机构 |
| 上肢假肢 | 9000元 | 具 | 3年 | 定点机构 |
| 矫形鞋 | 2000元 | 例 | 1年 | 定点机构 |
| 踝足矫形器 | 2000元 | 具 | 1年 | 定点机构 |
| 膝踝足矫形器 | 2000元 | 具 | 1年 | 定点机构 |
| 普通轮椅 | 800元 | 台 | 3年 | 残联专职委员 |
| 基本型助行器 | 300元 | 个 | 3年 | 残联专职委员 |
| 基本型坐姿椅 | 1000元 | 张 | 3年 | 残联专职委员 |
| 基本型站立架 | 3000元 | 个 | 3年 | 定点机构 |
| **听力残疾** | 助听器 | 12000元/耳 | 台 | 3年 | 定点机构 |
| **视力残疾** | 普通盲杖 | 100元 | 支 | 3年 | 残联专职委员 |
| 基本型远、近距离助视器 | 2000元 | 副 | 3年 | 定点机构 |