附件：

 鄂尔多斯市残疾儿童康复救助实施办法

（征求意见稿）

第一章 总则

第一条 为深入贯彻落实国家、自治区残疾儿童康复救助制度，根据国家、自治区、市“十四五”残疾人事业发展规划及《内蒙古自治区人民政府关于建立残疾儿童康复救助制度的实施意见》（内政发〔2018〕45号），结合我市残疾儿童康复救助工作实际，制定《鄂尔多斯市残疾儿童康复救助实施办法》（以下简称《办法》）。

第二条 残疾儿童康复救助以提高残疾儿童健康水平为目的，认真贯彻国家、自治区关于残疾儿童康复救助的各项政策，精准鉴别救助对象，保持制度有效衔接，确保政策落实到位，实现应救尽救，促进残疾儿童健康成长、全面发展权益得到有效保障。

第二章 救助对象及救助条件

第三条 救助对象及救助条件。

（一）救助对象。具有鄂尔多斯市户籍或持有鄂尔多斯市居住证的0—17周岁视力、听力言语、肢体、智力等残疾儿童和孤独症儿童。

（二）救助条件。

1.持有《中华人民共和国残疾人证》或二级及以上医院出具的诊断证明书（须有残疾类型和医师签章），并在全国残联信息化服务平台儿童康复救助系统内录入的定点儿童康复机构进行康复的。

2.持有鄂尔多斯市居住证的0—17周岁视力、听力、言语、肢体、智力等残疾儿童和孤独症儿童，按各旗区救助条件执行。

第三章 服务项目及救助标准

第四条 残疾儿童康复救助基本服务内容，包括以减轻功能障碍、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、辅助器具配置和康复训练等（见附件1）。康复训练救助时间原则上每年不超过10个月，各旗区可根据本地实际情况确定救助时间。

（一）视力、听力言语、肢体、智力残疾儿童和孤独症儿童服务项目及其对应救助标准按照《鄂尔多斯市残疾儿童基本康复服务项目及补助标准》执行（见附件1）。

（二）对鄂尔多斯市户籍的0-17周岁残疾儿童，在康复期间，给予监护人每人每天20元的陪护救助补贴，补贴金额以残疾儿童到定点康复机构康复训练实际天数核算。

（三）鼓励有条件的旗区，扩大残疾儿童康复救助覆盖面，拓展康复服务项目，提高救助标准，建立动态调整机制。

第四章 工作流程

第五条 康复服务及救助须经过申请、审核、救助、结算等流程。

（一）申请。由残疾儿童监护人向残疾儿童户籍所在地（居住证发放地）旗区残联提出申请（见附件2）。监护人也可委托他人、社会组织、社会救助经办机构等代为申请。

（二）审核。旗区残联负责审核相关材料，将符合条件的列入康复救助计划，不符合条件的向申请人说明原因。

（三）救助。经审核符合条件的，由残疾儿童监护人自主选择定点康复机构接受康复服务，确需在户籍地以外定点康复机构接受康复服务的，由旗区残联审核并提供转介服务。必要时，由盟市以上残联组织和卫生健康部门指定的医疗、康复机构做进一步诊断、康复需求评估。

（四）结算。在定点康复机构接受康复服务发生的费用，由旗区残联或同级财政部门与定点机构结算，或由残疾儿童监护人凭有效票据及康复资料等向残疾儿童户籍所在地（居住证发放地）的旗区残联申请补助。具体结算方式由各旗区残联商同级财政部门确定。

 第五章 政策衔接

第六条 纳入城乡居民基本医疗保险、大病保险、医疗救助范围以及列入政府相关部门医疗救助的康复服务项目，先由基本医疗保险、大病保险、医疗救助或政府相关部门医疗救助的康复服务项目资金先行结算，旗区残联再根据支出情况和救助标准进行定额或差额补助，超出部分由残疾儿童家庭自行承担。

第七条 救助范围、救助内容、救助标准大于本《办法》规定的，可按旗区原标准执行。

第六章 经费保障

第八条 在中央、自治区财政补助基础上，按照《鄂尔多斯市财政局关于进一步明确市与旗区共同财政事权和支出责任分担比例的通知》（鄂财预发〔2024〕81号），市、旗区财政将残疾儿童康复救助资金纳入政府预算。

第七章 相关部门职责

第九条 市、旗区残联、教体、民政、财政、医疗保障、卫健、市场监管、农牧局等部门按照自治区、市有关规定和办法，结合本部门职能职责，认真落实残疾儿童康复救助责任，不断提高残疾儿童康复救助能力。

第八章 附则

 第十条 本《办法》由鄂尔多斯市残疾人联合会负责解释。

第十一条 本《办法》自发布之日起施行，有效期五年，《鄂尔多斯市人民政府关于印发〈鄂尔多斯市做好残疾儿童康复救助工作有关措施〉的通知》（鄂府发〔2019〕64号）同时废止。

 附件：1.鄂尔多斯市残疾儿童基本康复服务项目及补助标准

 2.鄂尔多斯市残疾儿童康复救助申请审批表

鄂尔多斯市残疾儿童基本康复服务项目及补助标准

附件1

| **序****号** | **服务****对象** | **服务****项目** | **服务内容** | **现补助****标准****（万元）** | **拟补助****标准****（万元）** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 低视力儿童 | 辅助器具适配 | 基本型远距离助视器、近距离助视器；助视器适应性训练。 | 0.2 | 0.2 |
| 视功能训练 | 功能评估；视觉基本技能训练（含固定注视、定位注视、视觉跟踪与追踪、视觉搜寻训练）。 | 0.2 | 0.5 |
| 2 | 听力言语残疾儿童 | 人工耳蜗 | 人工耳蜗植入、调机、听觉言语功能训练，标准参见《人工耳蜗植入工作指南（2013年版）》（中华医学会编著）。 | 8.85 | 8.85 |
| 助听器 | 助听器配戴、调试、听觉言语功能训练。   | 1.92 | 2.4 |
| 3 | 肢体残疾儿童 | 矫治手术及训练 | 先天性马蹄内翻足等足畸形、小儿麻痹后遗症、脑瘫导致严重痉挛、肌腱挛缩、关节畸形及脱位、脊柱裂导致下肢畸形等矫治手术。标准参见《临床诊疗指南-小儿外科学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社）、《临床技术操作规范-小儿外科学分册》（中华医学会编著，人民军医出版社） | 1.72 | 1.72 |
| 辅助器具适配 | 根据评估结果选择适配基本型假肢、矫形器、轮椅、助行器具、坐姿椅、站立架等辅助器具。 | 0.12 | 0.12 |
| 运动及适应训练 | 功能评估（含运动功能、语言、日常生活、社会参与能力等）；康复训练，包括维持关节活动度、增强肌力、语言训练、日常生活能力训练、社会参与能力训练等。 | 1.5 | 2.4 |
| 4 | 智力残疾儿童 | 认知及适应训练 | 功能评估（含认知、生活自理和社会适应能力等）；康复训练，包括认知、生活自理和社会适应能力训练等。 | 1.5 | 2.4 |
| 5 | 孤独症儿童 | 沟通及适应训练 | 功能评估（含言语沟通、社交能力、生活自理等）；康复训练，包括言语沟通、 社交能力、生活自理能力等。 | 1.5 | 2.4 |

附件2

鄂尔多斯市残疾儿童康复救助申请审批表

**所在旗区： （ 年度）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号 |  | 残疾人证号（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 | □城乡低保家庭□孤儿、事实无人抚养儿童、特困儿童（建议部门民政局）□家庭经济困难 □其它 | 户口类别 | □农业户□非农业户 |
| 享受医疗保险情况 | □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 | （附评估机构出具的“康复需求评估意见”） |
| 监护人申请 | 申请人：年 月 日 |
| 嘎查村（社区）委员会意见 | 审核人：公章年 月 日 |
| 苏木乡镇（街道）政府意见 | 审核人：公章年 月 日 |
| 旗县（市、区）残联意见 | 审核人：公章年 月 日 |

**填表说明：**1.此表由其残疾儿童或监护人填写，经社区康复协调员逐级审核上报至旗区残联，由旗区审批并留存。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。