鄂尔多斯市残疾人辅助器具

适配管理暂行办法

**第一章 总则**

**第一条** 为进一步建立健全我市残疾人辅助器具保障制度，规范鄂尔多斯市残疾人辅助器具服务管理工作，促进残疾人平等地参与社会生活，共享文明进步的成果，根据《残疾预防和残疾人康复条例》(国令第675号)、《内蒙古自治区实施（中华人民共和国残疾人保障法）实施办法(2018最新版)》、《鄂尔多斯市人民政府关于印发“十四五”残疾人事业发展规划的通知》（鄂府发〔2022〕68号）、《鄂尔多斯市残疾人精准康复服务行动实施方案》（鄂残发〔2017〕15号）精神，结合我市残疾人工作实际，制定本办法。

**第二条** 本办法所指的残疾人辅助器具是指残疾人使用的，特别生产的或一般有效的，防止、补偿、减轻、抵销残障的产品、器械、设备或技术系统。

**第三条** 残疾人辅助器具适配服务主要包含满足残疾人需求的辅助器具需求评估、个性化适配、适应性训练、使用指导、效果评估、维护维修、回访跟踪、监督管理等。

**第四条** 本办法所指残疾人是指具有鄂尔多斯市户籍，并持有效《中华人民共和国残疾人证》的残疾人。

0-7岁儿童和70岁以上老年人,具有鄂尔多斯市户籍或居住证，且有卫生医疗机构或康复机构出具的证明材料，确有辅助器具需求的，依据本办法，可给予相应的残疾人辅助器具适配服务。

**第五条** 残疾人辅助器具适配服务以保障残疾人的基本需求为原则，以普及型、大众化辅助器具为主。对贫困残疾人、重度残疾人重点救助。

**第二章 职责和分工**

**第六条** 全市残疾人辅助器具适配服务实行“动态管理，精准适配，分级服务”的模式。

（一）市残联负责制定全市残疾人辅助器具服务的规划和相关工作制度。

（二）市残疾人综合服务中心负责指导旗区残疾人辅助器具服务机构开展服务工作；汇总、上报旗区残联辅助器具需求和配发情况；完成市本级预算及上级拨付资金的辅助器具采购及分配工作；开展市级辅助器具的评估、适配、展示、体验、回访、维修服务；建立市本级辅助器具适配档案；开展全市辅助器具服务人员的技术培训；开展本地区残疾人辅助器具政策宣传。

（三）各旗区残联负责本地区内中央、自治区、市级及本级辅助器具项目的政策宣传、需求统计、筛查评估、审核审批、适配发放、数据上报及录入、使用回访、档案管理等工作;落实专项资金使用和管理；负责本地区辅助器具工作人员培训。

（四）苏木镇（街道）街道残联在旗区残联的指导下负责本辖区的残疾人辅助器具服务管理工作，对嘎查村（社区）康复协调员进行业务指导。

1. **辅助器具适配服务**

**第七条 辅助器具采购及分配。**

市残疾人综合服务中心规划市本级各类辅助器具需求数量。旗区残联按要求对本地区各类辅助器具需求进行精准筛查，填写《辅助器具需求花名表》、《辅助器具需求汇总表》，经工作人员和单位负责人审签并加盖公章后按时上报市残疾人综合服务中心。市残疾人综合服务中心汇总市本级和旗区辅助器具需求数量，根据年度预算安排，进行辅助器具招标采购。

市残疾人综合服务中心按照需求数量和工作绩效等因素制定辅助器具分配计划，经市残联审核批准后进行分配。旗区残联在统筹中央、自治区、市级辅助器具分配的情况下，自行安排需本级解决的辅助器具需求的预算资金。

**第八条 申请与审批。**

需适配辅助器具的残疾人可持本人残疾人证向户籍所在地或居住地苏木镇（街道）残联、旗区残联提出适配服务申请，并填写《残疾人辅助器具适配申请审批表》（正反面）。

市残疾人综合服务中心受理审核市本级辅助器具适配服务申请。

各旗区残联或各苏木镇（街道）残联受理辖区内残疾人辅助器具适配服务申请，并进行审核、登记和适配服务，也可由苏木镇（街道）残联初审后上报旗区残联，统一开展适配服务。

对出行不便的重度残疾人，市残疾人综合服务中心和各旗区残联应当开展上门服务。

**第九条 辅助器具适配服务。**

市残疾人综合服务中心在受理适配申请时，辅助器具价值在1000元以下的按程序配发；辅助器具价值在1000-3000元的由中心主任审签后予以配发；辅助器具价值在3000元及以上的由市残联分管领导审签后予以配发。

各旗区残联根据工作实际进行本地区辅助器具的审核、配发、存档等工作。

**第十条 残疾人辅助器具配发周期。**

根据中国残疾人辅助器具中心《关于下发<残疾人辅助器具基本适配目录>（试行）通知》（辅具中心发〔2017〕9号）文件，使用年限内同一辅助器具原则上不予重复配发，每名残疾人每年给予免费配发的基本辅助器具不超过2件。

0-7岁残疾儿童矫形器每半年评估1次；8-17岁儿童每1年评估一次，经辅助器具专业技术人员评估并出具需更换意见后予以适配。

**第四章 数据录入及上报**

**第十一条 数据录入。**旗区残联按要求在规定时限内将辅助器具服务情况录入到“全国残联信息化服务平台——精准康复模块”。市残疾人综合服务中心应将市本级适配的辅助器具服务数据及时录入系统。

**第十二条 服务及回访统计表上报。**旗区残联按要求填报《残疾人辅助器具服务统计表》、《辅助器具发放明细表》和《残疾人辅助器具服务满意度回访表》上报至市残疾人综合服务中心，由中心汇总上报市残联。

**第五章 监督和管理**

**第十三条** 免费给予残疾人适配的辅助器具不得出售、出租、转让。申请过程中提供虚假材料、骗取免费辅具的,追缴已发放辅助器具，3年内不予辅助器具免费适配。

**第十四条** 旗区残联按时限和要求精准上报辅助器具需求，避免上报数据不准确影响辅助器具项目实施成效。适配完成情况及时按要求上报市残疾人综合服务中心。对于辅助器具需求上报和适配完成情况进度迟缓的旗区，在下一年度辅具配发中作为工作绩效因素考核。

**第十五条**　各旗区残联自行采购发放的辅助器具，可结合各自工作实际，自行出台辅助器具配发实施细则。

本办法自2022年8月1日起施行，由鄂尔多斯市残疾人联合会负责解释。

附件 1、《辅具适配申请表（正反面）》

2、《辅助器具需求汇总表》

3、《辅助器具需求花名表》

4、《残疾人辅助器具服务统计表》

5、《辅助器具发放明细表》

6、《残疾人辅助器具服务回访表》

**附件1**

**辅具适配申请表（正面）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人基本信息 | 姓名 |  | | 性别 |  | 残疾类别 |  |
| 残疾人证号码 | |  | | | | |
| 出生年月 | |  | | 联系电话 |  | |
| 适配辅具名称 | |  | | | | |
| 家庭详细住址 | |  | | | | |
| 签名 | 申请人或监护人 | |  | | | | |
| 电话 | |  | | | | |
| 苏木、乡镇、街道办事处或嘎查、村（社区）审核意见 | | （单位盖章） 经办人（签名）： | | | | | |
| 旗区残联或综合服务中心  审核意见 | | （单位盖章）  经办人（签名）： 审签人（签名）： | | | | | |

**辅具适配签收单（反面）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 假肢、矫形器、助听器需要附适配后照片 | | | |
| 辅具适配情况 | 辅具名称 | 辅具型号 | 辅具数量 |
|  |  |  |
| 申请人（代领人）确认签字（压手印）：  代领人联系方式： | | | |
| 签收时间： 年 月 日 | | | |

**附件2**

**辅助器具需求汇总表**

单位名称（盖章）： 单位负责人签字： 部室主任签字： 工作人员签字：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 |  | 辅具名称 旗区 | 伊金霍洛旗 | 准格尔旗 | 达拉特旗 | 鄂托克旗 | 鄂托克前旗 | 乌审旗 | 杭锦旗 | 东胜区 | 康巴什新区 | 合计 | 备注 |
| 1 | 肢体  假肢 | 部分足假肢 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | 踝离断假肢 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | 小腿假肢 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | 膝离断假肢 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | 大腿假肢 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | 髋离断假肢 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | 部分手假肢 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | 腕离断假肢 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | 前臂假肢 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | 上臂假肢 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | 肩离断假肢 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | 肌电假肢 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | 肢体  矫形器 | 矫形鞋 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | 足矫形器 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | 踝足矫形器 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | 膝踝足矫形器 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | 膝矫形器 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 | 小腿矫形器 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 | 髋矫形器 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | 髋膝矫彤器 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 | 大腿矫形器 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 | 髋膝踝足矫形器 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 | 脊柱矫形器 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 | 上肢矫形器 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 | 肢体 个人移动辅具 | 单脚手杖 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 | 多脚手杖 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 | 拐杖凳 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 | 腋拐 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 | 肘拐 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 | 框式、轮式助行器 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 31 | 前臂支撑台式助行器 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 32 | 手摇三轮车 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 33 | 普通手动轮椅 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 34 | 单侧手动轮椅 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 35 | 高靠背轮椅 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 36 | 功能轮椅 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 37 | 电动室内或室外型轮椅车 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 38 | 儿童坐姿轮椅 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 39 | 儿童坐姿椅 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 40 | 儿童轮椅 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 41 | 助力移乘装置 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 42 | 盲杖 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 43 | 肢体 个人生活自理和防护辅具 | 护理床 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 44 | 气垫床 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 45 | 床护栏杆及扶手 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 46 | 手背手指助力器 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 47 | 健身器 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 48 | 便捷式坐便专用扶手支架 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 49 | 可调靠背架 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50 | 床用桌 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 51 | 移位辅具 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 52 | 座便椅 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 53 | 座便凳 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 54 | 座便器 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 55 | 淋浴椅 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 56 | 防滑浴垫 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 57 | 饮食辅助器具 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 58 | 防压疮床垫 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 59 | 防压疮座垫 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 60 | 体位垫 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 61 | 站立架 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 62 | 站立支撑平台 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 63 | 视力辅具 | 光学助视器 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 64 | 电子助视器 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 65 | 盲人手表 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 66 | 眼镜 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 67 | 护眼罩 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 68 | 语音阅读放大助视器 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 69 | 便携式盲文打字机 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 70 | 盲文打印机 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 71 | 电脑读屏软件 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 72 | 读书机 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 73 | 放大软件 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 74 | 盲文写字板和笔 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 75 | 闪光音乐水壶 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 76 | 盲人电磁炉 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 77 | 盲人电饭煲 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 78 | 盲人音箱 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 79 | 定位器 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 80 | 声光盲杖 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 81 | 听力辅具 沟通和信息辅具 | 助听器及电池 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 82 | 助听辅听一体化设备 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 83 | 闪光门铃 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 84 | 震动闹钟 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 85 | 无障碍信息终端(含软件) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 86 | 将语言转换成文字的设备 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 87 | 言语辅具 技能训练辅具 | 沟通板 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 88 | 言语沟通器 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 89 | 言语沟通程序 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 90 | 启智类辅具 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 91 | 社会行为训练类辅具 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 92 | 感觉系统训练类辅具 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 93 | 认知类辅具 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 94 | 合计 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 注：各类残疾人辅助器具需求详见旗区花名及汇总表，辅助器具种类可根据辅助器具发展和需求增加或减少。 | | | | | | | | | | | | | |

**附件3**

**辅助器具需求花名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称（盖章）： 单位负责人签字： 部室主任签字： 工作人员签字： | | | | | | | | | | |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 残疾证号 | 残疾种类 | 家庭住址 | 联系电话 | 辅具需 | 是否数据动态更新服务人员 | 是否家庭医生签约 | 备注 |
| （等级） | 求名称 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**附件4**

**残疾人辅助器具服务统计表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称（盖章）： 单位负责人签字： 部室主任签字： 工作人员签字： | | | | | | | | |
| 序号 | 旗区 | 姓名 | 联系电话 | 残疾证号 | 适配辅具名称 | 适配时间 | 服务结果 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |

**附件5**   **辅助器具发放明细表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 旗县名称 | 街道(乡镇)名称 | 村名称 | 姓名\* | 证件类型\* | 证件号码\* | 领取辅具名称 | 领取人签字（盲人取手印） | 联系方式 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**附件6**

**202 年度辅具适配满意度回访表**

尊敬的残疾人朋友、老年人朋友们：

您好！感谢您对各级残联服务工作的支持，为了不断提高我们的服务水平，更好的满足您的需求，希望能了解到您对我们工作的意见。期待您能在百忙之中抽空填好这张表，我们会非常认真的考虑您的意见或建议，提升我们的辅具服务水平。

|  |  |
| --- | --- |
| 一、请您对我们的工作进行评价 | 得分（0-5分） |
| 辅具适配的专业技能 | □很不满意 □不满意 □一般 □满意 □很满意 |
| 服务人员的服务态度 | □很不满意 □不满意 □一般 □满意 □很满意 |
| 服务人员与您沟通时，您觉得 | □很不满意 □不满意 □一般 □满意 □很满意 |
| 当您对辅具适配提出问题时，您对服务人员的解释感到 | □很不满意 □不满意 □一般 □满意 □很满意 |
| 辅具适配的需求符合您的要求方面 | □很不满意 □不满意 □一般 □满意 □很满意 |
| 您知道的残联各级机构辅具免费适配的政策是从哪里获悉的？ | □新闻媒体、报纸 □公交车 □残联专委 □乡镇级残联工作人员 □听别人说的 |
| 辅具在使用过程中存在的问题 |  |
| 您使用的辅具现状是 |  |
| 对各级残联辅具服务的更好建议 |  |
| 您对服务人员评价等级为 | （优、良、差） |

|  |  |
| --- | --- |
| 填表人 |  |
| 联系方式 |  |

衷心感谢您对我们此次调查工作的支持，请填妥您的个人联系方式，以便我们能够与您取得联系，跟进您的意见。