湖南省残疾人联合会文件

湘残康字〔2021〕10号

|  |
| --- |
|  |

关于做好2022年残疾儿童康复救助需求

申报工作的通知

各市州、县市区残联：

为落实《湖南省人民政府关于建立残疾儿童康复救助制度的实施意见》（湘政发〔2018〕23号）（以下简称《实施意见》）、《关于印发〈湖南省残疾儿童康复救助制度操作办法〉的通知》（湘残联字〔2018〕32号）（以下简称《操作办法》）有关经费保障规定，有效衔接需求申报和资金预算，精准资金分配，提高绩效水平，现就2022年残疾儿童康复救助需求申报有关事项明确如下：

一、对象范围

申报对象为具有湖南省户籍或者持湖南省有效居住证，符合救助条件的0-6岁视力、听力、言语、肢体、智力等残疾儿童和孤独症儿童。其中“0-6岁”明确为2022年12月31日前不满7岁的既视为满足年龄条件。

二、截止时间

需求申报截止时间为2021年8月31日，逾期数据不再计入省级统计。8月31日以后新增需求部分由县级人民政府履行资金保障主体责任，市州财政给予支持。

三、需求摸底

依据《实施意见》和《操作办法》文件精神，残联会同卫健部门共同做好残疾儿童筛查摸底工作。

四、统计归属

按照规定确定残疾儿童康复需求归属，确保需求统计不重复。持居住证残疾儿童，原则上尊重残疾儿童监护人选择，由户籍地残联或者居住证发放地残联负责统计；福利机构残疾儿童，在民政部门指导下，儿童福利机构主动按照规定向所在地残联申报需求，由儿童福利机构所在地县级残联负责统计；异地康复残疾儿童由户籍地残联负责统计。拟由省残疾人康复研究中心收训的残疾儿童，计入省残疾人康复研究中心资金分配需求数据。

五、数据报送

实名制需求数据9月6日前经市州残联审核后统一报省残联。

六、数据使用

各地上报数据作为中、省补助资金分配依据，纳入绩效考核人数指标。

七、有关要求

（一）提高思想认识，加强组织领导。残疾儿童康复救助需求筛查，是落实残疾儿童救助制度的重要环节。各级残联要重视需求筛查申报工作，加大救助制度宣传力度，把握宣传的重点场合、时间、对象，提高宣传的针对性和有效性，扩大政策知晓面，确保残疾儿童监护人了解救助制度内容，熟悉申请受理主体、申请程序、所需资料和时间要求。

（二）落实工作责任，形成工作闭环。要加强工作协调，建立工作机制，形成工作合力，会同卫健部门制定工作方案，明确筛查工作分工，充分运用大数据比对、入户调查等手段开展筛查工作，及时跨部门共享筛查数据信息，全面摸清需求底数。要加强工作沟通，及时将通知转达至民政部门和儿童福利机构，福利机构残疾儿童康复救助需求人员数据（花名册）和其他残疾儿童康复救助需求人员数据（花名册）分别统计。

（三）严格审核把关，按时报送信息。要准确把握救助标准，对有次数和年限限制的，要将需求数据同往年救助服务信息进行比对，防止超标准申报需求。《市（州）残疾儿童康复救助需求人数申报表》（附件1）、《市（州）福利机构残疾儿童康复救助需求人数申报表》（附件2）、《市（州）残疾儿童康复救助需求人员花名册》（附件3）、《市（州）福利机构残疾儿童康复救助需求人员花名册》（附件4）经分管领导签字，加盖单位公章后，按规定时间上报省残联，同时上报电子版。

联系人：康复部 刘 英

联系方式：0731-94619534 15974265902

邮箱：313463522@qq.com

 附件:1. 市（州）20 年度残疾儿童康复救助需求人数申报表

 2. 市（州）20 年度福利机构残疾儿童康复救助需求人数申报表

 3. 市（州）20 年度残疾儿童康复救助需求人员花名册

 4. 市（州）20 年度福利机构残疾儿童康复救助需求人员花名册

湖南省残疾人联合会

2021年7月13日

附件1

 市（州）20 年度残疾儿童康复救助需求人数申报表

 市（州）残联 填报人： 负责人： 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 康复项目县市区 | 合计 | 康复训练（人） | 手术（人） | 辅助器具（人） |
| 小计 | 视力 | 听力 | 言语 | 肢体 | 智力 | 孤独症 | 小计 | 肢体矫治 | 人工耳蜗 | 小计 | 助视器 | 助听器 | 假肢 | 矫形器 | 其他  |
| XX市州 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| XX区 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| XX市 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| XX县 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

联系方式-固话： 手机： 说明：本表数据不包括福利机构残疾儿童需求数。

附件2

 市（州）20 年度福利机构残疾儿童康复救助需求人数申报表

 市（州）残联 填报人： 负责人： 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 康复项目县市区 | 合计 | 康复训练（人） | 手术（人） | 辅助器具（人） |
| 小计 | 视力 | 听力 | 言语 | 肢体 | 智力 | 孤独症 | 小计 | 肢体矫治 | 人工耳蜗 | 小计 | 助视器 | 助听器 | 假肢 | 矫形器 | 其他  |
| XX市州 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| XX区 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| XX市 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| XX县 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

联系方式-固话： 手机：

附件3

 市（州）20 年度残疾儿童康复救助需求人员花名册

 市（州）残联 填报人： 负责人： 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 县市区 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 身份证号码 | 监护人 | 监护人联系方式 | 户籍地址 | 居住地地址 | 康复需求归属地 | 申请康复残疾类别 | 申请康复内容 | 备注 |
| 1 | XX区/县/市 |  |  |  |  |  |  | XX省XX市XX县XX路XX号 | XX市XX县XX路XX号（XX市福利院/中心） | 户籍地/居住地 | 视力/听力/言语/肢体/智力/孤独症 | 训练/手术/辅具 | 延续服务/新增服务 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 备注 | 1.本表用于申报下一年度残疾儿童康复救助专项资金，人员名单为下一年度需求人员**（不包括福利机构残疾儿童）**。2.地址填写应完整详细，具体到村组（XX路XX号）。 |

联系方式-固话： 手机：

附件4

 市（州）20 年度福利机构残疾儿童康复救助需求人员花名册

 市（州）残联 填报人： 负责人： 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 福利机构名称 | 属地 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 身份证号码 | 监护人 | 监护人联系方式 | 户籍地址 | 居住地地址 | 申请康复残疾类别 | 申请康复内容 | 备注 |
| 1 | XX市（县）XX福利院 | XX县（市区） |  |  |  |  |  |  | 湖南省XX市XX县XX路XX号 | XX市XX县XX路XX号**长沙市第一福利院** |  | 训练/手术/辅具 | 延续服务/新增服务 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 备注 | 1.本表用于申报下一年度福利机构残疾儿童康复救助专项资金，人员名单为下一年度需求人员；2.福利机构名称要用规范化全称；3.地址填写应完整详细，具体到村组（XX路XX号）。 |

联系方式-固话： 手机：

|  |
| --- |
| 湖南省残疾人联合会办公室 2021年7月13日印发 |