

甘肃省残疾人联合会文件

甘残办发〔2021〕1号

省残联办公室关于印发《2020年中央专项彩票公益金 残疾儿童康复救助项目实施方案》的通知

各市州及甘肃矿区残联，兰州新区民政司法和社会保障局，省康复中心、省残疾人辅助器具资源中心、省听力语言康复中心：

根据《财政部关于下达2020年中央专项彩票公益金支持残疾人事业发展补助资金预算（第二批）的通知》（财社〔2020〕204号）要求，我会负责组织实施2020年中央专项彩票公益金残疾儿童康复救助项目。

经省残联党组会研究，现将省残联制定的《2020年中央专项彩票公益金残疾儿童康复救助项目实施方案》，印发给你们，请结合各自实际，认真抓好落实，确保按期全面完成项目任务。



2020年中央专项彩票公益金残疾儿童康复 救助项目实施方案

一、目标任务

为全省符合条件的智力、肢体残疾儿童（脑瘫）和孤独症儿童开展康复训练 95 名；为肢体残疾儿童提供矫形辅助器具 1000 例；为听力残疾儿童实施人工耳蜗康复救助 60 例。

二、项目实施

（一）实施范围。

救助对象为具有甘肃户籍（含居住证发放地在甘肃）且符合救助条件的 0-6 周岁（以申请时间为准）的残疾儿童，残疾儿童可不持有残疾人证。

（二）经费补助。

1. 残疾儿童康复训练。智力、肢体残疾儿童（脑瘫）和孤独症儿童康复训练 10 个月，每名补助 2 万元。

2. 矫形辅助器具适配。肢体残疾儿童适配矫形辅助器具，每例平均补助 0.2 万元（含 50% 的筛查、评估、适配、康复训练及残疾人食宿等费用）。

3. 人工耳蜗救助项目。听力残疾儿童实施人工耳蜗植入手术，耳蜗产品每套补助 8.5 万元（以实际招标价为准）；手术费每例补助 1.5 万元。产品采购资金如有结余可用于开机调试和康复训练。

（三）完成时限。

2021 年 12 月 20 日前完成残疾儿童康复训练、矫形辅助器具

适配、耳蜗产品招标采购及植入手术费用拨付等任务；人工耳蜗植入手术及相关服务可根据实际情况延迟至 2022 年 10 月底前完成。

三、职责分工

(一) 省残联。

负责制定项目实施方案，下达任务指标；会同有关部门和专家在项目执行中期和末期，采取实地检查与电话随访等形式，对项目实施情况和资金管理使用等情况等进行督导检查，并进行通报。

(二) 省残联相关直属单位。

省康复中心、省残疾人辅助器具资源中心和省听力语言康复中心依分工负责项目具体实施，制定本单位项目实施办法，开展受助儿童筛查评估、数据统计、资料归档、项目救助等，并按照相关要求做好项目产品招标采购和物资管理使用等工作。自项目执行之日起，每月 25 日前，向省残联康复处上报所承担的项目当月实施进度统计表（见附件 2）及救助对象花名册（见附件 3）；在项目结束时向省残联康复处上报项目情况总结报告和全部救助对象花名册，并及时将救助情况录入残疾儿童康复救助管理系统。

1. 省康复中心负责实施智力、肢体残疾儿童（脑瘫）和孤独症儿童康复训练项目。按项目要求开展筛查评估、建档立卡、康复训练、数据管理等工作。

2. 省残疾人辅助器具资源中心负责实施肢体残疾儿童矫形辅

助器具适配及康复训练项目。开展辅具产品招标采购、受助儿童筛查评估、建档立卡、辅具适配、数据管理等工作。

3. 省听力语言康复中心负责实施听力残疾儿童人工耳蜗救助项目。开展人工耳蜗产品招标采购，受助儿童筛查评估、建档立卡、组织手术、开机调试、数据管理、康复训练等工作。

(三) 市县残联。

负责组织筛查、统计上报本地区有需求的适龄残疾儿童情况，为受助儿童开展转介服务，配合省残联直属相关中心开展工作。

四、工作要求

(一) 高度重视，精心组织。各项目单位要高度重视项目实施工作，精心研究制定具体的项目实施办法，解决项目实施中的问题及困难。严格执行项目管理制度，确保按规定做好救助对象的筛选和救助等工作。要建立公示制度，定期向社会公布项目救助情况。

(二) 严格使用，专款专用。加强项目资金管理，专款专用，不得弄虚作假、挤占挪用项目资金。招标产品须严格按照国家法律法规进行公开招标采购，严格管理。

(三) 加强宣传，广泛动员。项目实施单位要积极通过广播、电视、报刊、网络等各种新闻媒体宣传项目的意义、资助内容和申请办法，及时宣传报道项目开展情况和受助效果，收集各方面宣传资料，建立专门的项目宣传档案。

- 附件：1. 2020 年中央专项彩票公益金残疾儿童康复救助项目
任务分配表
2. 2020 年中央专项彩票公益金残疾儿童康复救助项目
实施进度统计表
3. 2020 年中央专项彩票公益金残疾儿童康复救助项目
救助对象花名册
4. 2020 年中央专项彩票公益金残疾儿童康复救助项目
人工耳蜗康复救助审批表
5. 2020 年中央专项彩票公益金残疾儿童康复救助项目
肢体残疾儿童（脑瘫）康复救助审批表
6. 2020 年中央专项彩票公益金残疾儿童康复救助项目
智力残疾儿童康复救助审批表
7. 2020 年中央专项彩票公益金残疾儿童康复救助项目
孤独症儿童康复救助审批表
8. 2020 年中央专项彩票公益金残疾儿童康复救助项目
辅助器具适配审批表

附件 1

2020 年中央专项彩票公益金残疾儿童康复救助项目任务分配表

区分	智力、肢体残疾儿童（脑瘫）， 孤独症儿童康复训练		肢体残疾儿童辅助器具适配		听力残疾儿童人工耳蜗植入	
	任务数（例）	经费（万元）	任务数（例）	经费（万元）	任务数（例）	经费（万元）
省康复中心	95	190				
省辅具中心			1000	200		
省听力中心					60	600

附件 2

2020 年中央专项彩票公益金残疾儿童康复救助 项目实施进度统计表

填报单位（盖章）：

填报日期： 年 月 日

项目名称		分配任务数	完成任务数	备注
智力、肢体残疾儿童（脑瘫）， 孤独症儿童康复训练				
肢体残疾儿童辅助器具适配				
听力残疾儿童 人工耳蜗植入	产品招标 采购			
	人工耳蜗 植入手术			
合 计				

项目单位领导签字：

填报人签字：

联系方式：

附件 4

2020 年中央专项彩票公益金残疾儿童康复救助
项目人工耳蜗康复救助审批表

儿童姓名		性 别		民 族		照片
出生日期		医保享受情况				
身份证号		残疾人证号				
户籍所在地		现居住地址				
是否配戴助听器	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	助听器品牌型号	左耳:		右耳:	
监护人姓名		联系电话		身份证号		
		与受助残疾儿童关系				
监护人申请						
	受助者（监护人）签字：_____					年 月 日
评估人员审核意见	评估人员签字：_____					年 月 日
省听力中心审批意见	负责人签字（盖章）：_____					年 月 日

附件 5

2020 年中央专项彩票公益金残疾儿童康复救助 项目肢体残疾儿童（脑瘫）康复救助审批表

儿童姓名		性别		民族		照片
出生年月		儿童身份证号				
监护人姓名		联系电话				
电子邮箱		家庭住址				
脑瘫类型	<input type="checkbox"/> 痉挛型 <input type="checkbox"/> 手足徐动型 <input type="checkbox"/> 共济失调 <input type="checkbox"/> 弛缓型 <input type="checkbox"/> 混合型					
是否伴有其他残疾	<input type="checkbox"/> 视力 <input type="checkbox"/> 智力 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 言语 <input type="checkbox"/> 精神					
享受医疗保险情况	<input type="checkbox"/> 城镇居民基本医疗 <input type="checkbox"/> 新型农村合作医疗 <input type="checkbox"/> 医疗救助 <input type="checkbox"/> 其他保险 <input type="checkbox"/> 无医疗保险					
监护人申请理由	监护人（签字）： _____ 年 月 日					
市州残联（康复机构）审批意见	审核人（盖章）： _____ 年 月 日					

附件 6

2020 年中央专项彩票公益金残疾儿童康复救助 项目智力残疾儿童康复救助审批表

儿童姓名		性别		民族		照片
出生年月		儿童身份证号				
监护人姓名		联系电话				
电子邮箱		家庭住址				
儿童发育商	<input type="checkbox"/> ≤25 <input type="checkbox"/> ≤26-39 <input type="checkbox"/> ≤40-54 <input type="checkbox"/> ≤55-75					
是否伴有其他残疾	<input type="checkbox"/> 视力 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 言语 <input type="checkbox"/> 精神					
享受医疗保险情况	<input type="checkbox"/> 城镇居民基本医疗 <input type="checkbox"/> 新型农村合作医疗 <input type="checkbox"/> 医疗救助 <input type="checkbox"/> 其他保险 <input type="checkbox"/> 无医疗保险					
监护人申请理由	监护人（签字）： _____ 年 月 日					
市州残联（康复机构）审批意见	审核人（盖章）： _____ 年 月 日					

附件 7

2020 年中央专项彩票公益金残疾儿童康复救助 项目孤独症儿童康复救助审批表

儿童姓名		性别		民族		照片
出生年月		儿童身份证号				
监护人姓名		联系电话				
电子邮箱		家庭住址				
诊断机构		诊断结果				
是否伴有其他残疾	<input type="checkbox"/> 视力 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 言语 <input type="checkbox"/> 精神					
享受医疗保险情况	<input type="checkbox"/> 享受城镇职工基本医疗 <input type="checkbox"/> 享受农村合作医疗 <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					
监护人申请理由	监护人（签字）： _____ 年 月 日					
市州残联（康复机构）审批意见	审核人（盖章）： _____ 年 月 日					

附件 8

2020 年中央专项彩票公益金残疾儿童康复救助 项目辅助器具适配审批表

儿童姓名		性别		民族		照片
出生年月		儿童身份证号				
监护人姓名		联系电话				
电子邮箱		家庭住址				
享受医疗保险情况	<input type="checkbox"/> 享受城镇居民基本医疗 <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					
残疾状况	<input type="checkbox"/> 偏瘫 <input type="checkbox"/> 截瘫 <input type="checkbox"/> 脑瘫 <input type="checkbox"/> 截肢 <input type="checkbox"/> 其它					
辅助器具需求情况	序号	产品名称及数量				
监护人申请理由	监护人（签字）： _____ 年 月 日					
市州残联（康复机构）审批意见	审核人（盖章）： _____ 年 月 日					

