

沈阳市残疾人联合会文件 沈阳市财政局文件

沈残联发〔2022〕12号

关于印发《沈阳市残疾儿童康复 救助服务工作流程(2022版)》的通知

各区、县(市)残联、财政局,各定点康复机构:

为进一步深化落实沈阳市残疾儿童康复救助制度,在实践中不断完善措施、优化服务、提升质效,市残联、市财政局制定了《沈阳市残疾儿童康复救助服务工作流程(2022版)》,现印发你们,请结合实际,认真遵照执行。

原《沈阳市残疾儿童康复救助制度服务规范(试行)》(沈残联发〔2019〕8号)同时废止。



沈阳市残疾人联合会



沈阳市财政局

2022年12月30日

沈阳市残疾儿童康复救助服务工作流程

(2022 版)

根据《沈阳市人民政府关于印发沈阳市残疾儿童康复救助制度实施方案的通知》(沈政发〔2018〕41号)(以下简称“一方案”),《关于调整残疾儿童康复救助有关项目内容的通知》(沈残联发〔2020〕5号)、《关于调整沈阳市残疾儿童康复救助范围和救助标准的通知》(沈残联发〔2022〕2号)(以下简称“两通知”),制定本服务工作流程。

一、康复救助项目申请

康复救助项目包括各类残疾儿童手术费补助、康复训练费补助、辅助器具配置费补助、困难家庭残疾儿童康复训练或手术生活费补助,具体补助标准和补助年限按“一方案”“两通知”执行。申请步骤和程序如下:

项目申请人:符合救助条件残疾儿童的监护人。

医疗诊断:监护人首先带儿童前往三级以上专科或综合医院就诊,由医疗机构诊断儿童是否存在视力、听力(言语)、肢体、智力、精神(孤独症)等方面有出生缺陷或发育异常,是否需要早期干预和康复训练,出具诊断证明。

申请方式:采取线上和线下两种申请方式,由监护人根据实际

情况自主选择。线上申请,监护人需通过全国残联信息化服务平台对接儿童户籍地残联,进行网上申请,提报相关申请材料;线下申请,监护人需携带相关申请材料到儿童户籍地残联进行办理。对在沈阳之外地区居住的沈阳户籍儿童,监护人向户籍地残联提出申请,可以在居住地残联认定的定点康复机构(中国残联儿童救助系统中确定的康复机构)训练,享受我市救助政策。

申请材料:监护人提交有儿童户籍的户口本、监护人本人身份证、儿童近期生活照片(4寸1张)、医疗机构诊断证明等材料进行申请;线上申请需上传材料电子档。其中,11—14岁重度听力、肢体残疾儿童需提交一、二级残疾人证;困难家庭儿童在申请康复训练或手术生活补助时,按困难家庭性质,提供最低生活保障证(简称低保证)、低保边缘户救助证、儿童福利证、计划生育家庭特别扶助证等材料;纳入返贫监测的脱贫户、边缘易致贫户、突发严重困难户需提供困难说明,户籍地残联要与当地扶贫部门(农业农村、乡村振兴部门)进行系统数据比对确认。

救助申请:监护人根据诊断,对照“一方案”、“两通知”规定的救助项目,逐项提出申请,填写《沈阳市残疾儿童康复救助申请(审核)表》(附件1);线上申请需填写并上传《沈阳市残疾儿童康复救助申请(审核)表》电子档。

对符合手术救助条件的儿童,监护人可自主选择医疗机构(含外地)实施手术治疗;多种病症手术按照残疾类别分别诊断、一并申请;因监护人不了解政策,未申请即进行手术的,可在手术后一

年内补办申请。

对符合康复训练条件的儿童,监护人可在定点康复机构范围内自主选择机构,无特殊情况年度训练周期内不得随意变更;多种病症儿童每年只能申请一种病症的康复训练项目,不得多重申请;对已经在定点康复机构进行项目内训练,但未申请康复训练项目的儿童可补办申请,训练时间从提出申请当年进入机构的起始时间计算。

二、康复救助项目审核

区、县(市)残联应建立残疾儿童康复救助随时受理、限时办理机制。审核步骤和程序如下:

审核申请资料:工作人员负责审核监护人提交的各项申请材料原件或电子档,确认儿童户籍、年龄、诊断证明、监护人与儿童关联关系、联系电话等信息,将相关材料复印或打印存档,给每名儿童建立申请(审核)档案,逐年保存申请材料。

审核救助项目:工作人员对监护人提出的救助项目进行审核,应根据儿童残疾类别按照“一方案”、“两通知”进行审核确认救助项目。对符合条件的儿童,可以同时审核手术费补助、康复训练费补助、生活费补助及辅助器具配置费补助(困难家庭残疾儿童手术生活费、康复训练生活费两项补助同年度不可同时享受);对多种病症儿童可以按病症同时审核多个手术项目;在审核困难家庭残疾儿童康复训练或手术生活费补助时,须向民政、扶贫等部门查验材料有效性;对符合连续救助条件线上或线下申请的儿童,应查阅档案予以审核。

审核时限：工作人员应在监护人申请后 5 个工作日内完成对各项救助申请的审核工作。

转介服务：工作人员在完成审核后，将儿童信息录入中国残联儿童救助系统及沈阳市残疾人综合服务平台，通知康复机构网上接收确认，领取或线上接收已审核盖章的申请（审核）表，并对接儿童监护人完成转介服务。

三、康复机构认定和服务

康复机构类型。实施儿童康复的机构总体上包括医疗康复机构和教育康复机构两类。医疗康复机构指有合法医疗资质的康复机构；教育康复机构指有合法资质以多种教育方式开展康复训练的机构。

定点康复机构。承接残疾儿童康复救助服务定点机构通过联合认定方式准入。

康复机构服务。康复训练采取个训课与集体课相结合的方式进行，监护人自愿选择个训课或集体课课时量。

0—3 岁残疾儿童康复训练课时要求：

医疗康复机构：在康复训练年度周期内课时总量不少于 250 课时，在机构的医疗、师资、场地、设备 etc 能力能够满足，残疾儿童监护人同意、残疾儿童本人能够接受情况下，每天最多可安排 4 个课时，每课时不少于 30 分钟。

教育康复机构：康复训练年度周期内课时总量不少于 320 课时，在机构的师资、场地、设备 etc 能力能够满足，残疾儿童监护人同

意、残疾儿童本人能够接受情况下,每天最多 4 个课时,每课时不少于 30 分钟。

4—14 岁残疾儿童康复训练课时要求:

医疗康复机构:在康复训练年度周期内课时总量不少于 200 课时,在机构的医疗、师资、场地、设备有能力能够满足,残疾儿童监护人同意、残疾儿童本人能够接受情况下,每天最多 4 个课时,每课时不少于 30 分钟。

教育康复机构:康复训练年度周期内课时总量不少于 250 课时,在机构的师资、场地、设备有能力能够满足,残疾儿童监护人同意、残疾儿童本人能够接受情况下,每天最多 4 个课时,每课时不少于 30 分钟。

残疾儿童康复训练周期要求:

上一年度 11 月 1 日至当年 10 月 31 日内完成上述规定课时训练作为一个年度训练周期。残疾儿童康复训练需在自接受康复训练起至当年 10 月 31 日内完成,未完成的作中止训练处理,训练课时据实结算,当年 11 月 1 日起需重新申请下一年度周期训练。训练周期内,无特殊情况残疾儿童监护人不得随意变更机构或无故终止训练。

在沈阳以外地区康复训练儿童,监护人需自愿遵照当地救助项目有关规定要求执行。如当地救助补助标准低于沈阳市标准,据实结算;当地救助补助标准高于沈阳市标准,儿童康复训练在达到沈阳市最高限额补助标准时,监护人即可回户籍地残联即时结

算救助补助；由于儿童或其家庭原因未按沈阳市救助补助标准完成训练中止训练的，监护人可回户籍地残联据实结算救助补助。

四、康复机构收费和补助

康复机构应加强财务管理，向社会公开收费标准，在财务管理方面形成儿童交费和补助完整闭环，做到“一明确、两清晰、两完备”，即：收费标准明确，交费记录清晰、使用记载清晰，训练档案完备、补助凭据完备。

公益一类全额拨款事业单位。残疾人康复中心、特教学校、幼儿园、儿童福利院等按照康复救助资金标准直接训练，不向儿童收费。年度规定训练课时总量不少于救助项目要求服务课时。每年3月15日、7月15日、11月5日前，分别向转介地残联提供年度项目内在训儿童人员名单、考勤统计表、救助资金补助汇总表、康复训练情况反馈报告(附件2)、康复训练档案及结算票据(行政事业单位结算资金往来票据或增值税发票)，作为残联据实拨付康复救助资金的依据。

非公益一类康复机构。医疗康复机构应遵照国家规定的医疗收费标准收费，按照先医保、后补助、再自费的顺序对儿童收费，年度训练课时总量不得少于救助项目要求服务课时；教育康复机构项目内收费标准折合课时不得高于训练补助资金额度标准，如低于补助资金标准，据实结算。每年3月15日、7月15日、11月5日前，康复机构分别向转介地残联提供年度项目内在训儿童人员名单、考勤统计表、救助资金补助汇总表、康复训练情况反馈报告

(附件2)、康复训练档案及结算票据(行政事业单位结算资金往来票据或增值税发票),作为残联据实结算康复救助资金的依据。

五、康复救助资金补助和结算

手术项目及生活费补助。监护人持手术收费票据原件和病志在户籍地残联据实限额报销(符合手术生活补助的困难家庭残疾儿童,监护人一并申请)。户籍地残联将相关收费票据和病志复印存档,对困难家庭进行核实确认,将收费票据原件作为凭证(参加商业保险的儿童,可使用保险公司开据的保险报销分割单及收费票据复印件作为凭证),进行财务报销,在监护人提供材料完备情况下,自申请5个工作日内通过银行转账给儿童监护人。

康复训练项目及生活费补助。采取分阶段按课时折合补助据实结算的方式,每年3月31日、7月31日、11月15日前,转介地残联根据定点机构提供的相关凭证核实确认后,按照实际训练课时核算训练补助,对符合康复训练生活补助项目的困难家庭残疾儿童,按照实际训练课时核算生活费补助,进行财务报销,通过银行转账给儿童监护人。机构性质为公益一类全额拨款事业单位,区、县(市)残联将康复救助补助资金拨付至机构。

特殊情况康复救助资金补助方式。儿童因特殊情况一个年度内(上一年度11月1日至当年10月31日)无法完成规定的训练时长,不能全额享受救助资金的,可据实补助。监护人可向户籍地残联提出特殊情况救助申请(附件3),按照实际训练课时核算补助金额申请救助(含困难家庭残疾儿童康复训练生活补助),残联与康复机构核实情况后据实补助。

沈阳以外地区康复训练儿童,在当地康复训练达到沈阳市救助补助标准限额后,监护人需向户籍地残联提供当地定点康复机构训练档案复印件(加盖机构公章)、结算票据(行政事业单位结算资金往来票据或增值税发票),户籍地残联核实确认后(符合生活补助条件的一并办理),进行财务报销,在监护人提供材料完备情况下,5个工作日内通过银行转账给儿童监护人。

辅助器具项目补助。监护人按所申报辅具项目自行采购,持购买发票原件在户籍地残联据实限额报销。残联将发票原件作为凭证,进行财务报销,在监护人提供材料完备情况下,5个工作日内通过银行转账给儿童监护人。

康复救助资金结算。每年年初,市残联根据区、县(市)残联上一年度截止10月底已审核人数和救助资金总额,按照“一方案”规定分配中央、省、市康复救助资金,年度内根据区、县(市)残联审核救助残疾儿童实际情况,由市财政依据市残联申请将资金拨付给各区、县(市)财政。区、县(市)残联向当地财政申请本级康复救助资金,按照救助项目和据实结算的时间分批次补助给监护人或性质为公益一类全额拨款事业单位的机构。对上一年度11月1日后申请,当年10月31日前未完成训练课时周期的残疾儿童作中止训练处理,按截止10月31日实际接受训练服务课时据实结算,11月1日起需重新申请下一年度训练。上级拨付的康复救助资金当年有结余,可结转下一年度继续使用。康复救助资金必须专款专用。

六、综合服务与监管

加强跟踪随访。区、县(市)残联应定期抽查残疾儿童康复训

练情况,跟踪监护人及儿童对康复训练的满意程度。市残联会同相关部门进行抽查。

实施绩效评估。市残联每年组织第三方评估机构,对康复救助实施效果开展绩效评估,评估结果作为承接主体选择的重要依据。对年度绩效评估较差或不合格的区、县(市)残联及定点机构通报预警,责令限期整改,对整改不到位的定点机构取消定点资格。

保证服务质量。康复机构必须强化服务意识,加强对残疾儿童功能评估、制定计划、科学施训、记录效果各环节管理,建立康复训练档案,规范内部制度。医疗、教育康复机构必须有国家正规资质,按照劳动法要求及事业单位管理规定履行劳动人事管理,注重提高康复技术队伍的专业化水平,保证康复服务质量。

严格财务管理。康复机构应建立严格的财务管理制度,给每名儿童设立财务收支明细账,按月记录交费情况。拨付给公益一类全额拨款事业单位的残疾儿童康复救助补助资金要单独立账、专款专用,仅可用于项目内残疾儿童康复训练服务保障,严禁与救助项目无关列支。

强化资金监管。区、县(市)残联和本级财政部门要严格资金使用各环节管理,严格要求、加强监督,确保残疾儿童康复救助专项资金及时、足额保障到位,原则上每年应会同当地审计部门对资金使用情况进行一次审计;市残联会同市财政局指导区、县(市)残联、财政局根据残疾儿童康复训练实际情况,及时做好年度救助资金结算,加大对专项资金执行情况督导力度。

查处违法行为。坚决杜绝和查处违法违规行为和安全生产事

故,对弄虚作假,恶意串通,骗取康复救助资金的机构和个人列入黑名单并依法追究。

七、其它

新一轮定点机构,在新一轮重新确定定点机构前,继续作为服务承接主体。新一轮重新确定未获得准入资格的原定点机构,区、县(市)残联不再转介项目内儿童,在完成在训儿童年度周期训练时长后,即行取消定点机构资格。

本工作流程由市残联会同有关部门负责解释。

本工作流程自印发之日起生效。

附件:1. 沈阳市残疾儿童康复救助申请(审核)表

2. 区、县(市)年度残疾儿童康复救助项目人员名单、0—14岁残疾儿童康复训练考勤统计表、定点康复机构康复救助人员资金汇总表、沈阳市残疾儿童康复训练情况反馈报告

3. 沈阳市残疾儿童特殊情况康复救助资金补助申请(审核)表

4. 已结算残疾儿童康复救助资金补助汇总表

5. 市残联、区县(市)残联、康复机构工作流程图

6. 区县(市)残联、监护人、康复机构工作流程图

附件 1

沈阳市残疾儿童康复救助申请（审核）表

儿童姓名		性别	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	出生日期	
是否办理 残疾人证	已办 <input type="checkbox"/> 未办 <input type="checkbox"/>	残疾人证号 或身份证号			
儿童户籍 地 址			监护人 姓 名		
监护人 联系电话			监护人 身 份	父亲 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="checkbox"/>	
困难家庭	低保户 <input type="checkbox"/> 低边 <input type="checkbox"/> 计划生育特殊（困难） 家庭 <input type="checkbox"/> 孤儿 <input type="checkbox"/> 纳入返贫检测户 <input type="checkbox"/>		申请时间	年 月 日	
监护人申办的盛京银行卡号					
诊断结果					
视力障碍儿童	手术项目（0-10 岁补助 1.8 万元）： _____ 最佳矫正视力 0.3 以下的重度弱视儿童康复训练项目：0-3 岁连续补助，每年 2.4 万元 <input type="checkbox"/> 4-10 岁连续补助，每年 1.8 万元 <input type="checkbox"/>				
听力（言语） 障碍儿童	手术项目（0-14 岁补助 1.8 万元）： _____ 辅助器具（植入人工耳蜗成本费 10 万元、配戴助听器产品 0.5 万元及验配调机费 0.12 万元为一次性补助）： _____ 康复训练项目：0-3 岁连续补助，每年 2.4 万元 <input type="checkbox"/> 4-14 岁连续补助，每年 1.8 万元 <input type="checkbox"/>				

肢体障碍儿童	手术项目（0-14岁补助1.8万元）： _____ 辅助器具（助行器配置0.12万元为一次性补助，其他为连续补助）： _____ 康复训练项目：0-3岁连续补助，每年2.4万元□ 4-14岁连续补助，每年1.8万元□
智力障碍儿童	康复训练项目：0-3岁连续补助，每年2.4万元□ 4-10岁连续补助，每年1.8万元□
精神（孤独症）障碍儿童	康复训练项目：0-3岁连续补助，每年2.4万元□ 4-10岁连续补助，每年1.8万元□
生活补助	0-10岁困难家庭残疾儿童在康复训练期间连续补助2万元□ 0-10岁困难家庭残疾儿童手术生活补助2万元□
申请康复训练机构	
区、县（市）残联审核意见（须将审核确定的康复救助项目逐项写清楚）： 经办人签字： 康复科长（负责人）签字： <div style="text-align: right;">_____ 残疾人联合会（盖章）</div> 残联负责人签字： _____ 年 月 日	

备注：1.11-14岁听力（言语）及肢体障碍儿童申请救助项目需持一级、二级残疾人证。

2.手术项目每人每年多种病症可同时申请多项补助，自付费用每项最高限额补助1.8万元。

3.此表一式三份，区县（市）残联、康复机构、监护人各留存一份。

区、县（市） 年残疾儿童康复救助项目人员名单

填报单位：

填报日期： 年 月 日

序号	区县	儿童姓名	年龄	儿童残疾类别	身份证号码	户籍地址	监护人姓名	联系电话	康复训练项目				审核时间	康复救助机构	
									视力	听力	肢体	智力			精神
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															

备注：次表一式两份，区、县（市）残联、康复机构各留存一份。结算时机构需向区、县（市）残联提供作为康复救助资金结算依据。

年__月份0-14岁残疾儿童康复训练考勤统计表

机构名称（公章）

儿童姓名：

填报日期：

年 月 日

日期 月份	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	29	30	31		
	上 年 度																																
十 一 月																																	
十 二 月																																	
一 月																																	
二 月																																	
三 月																																	
四 月																																	
五 月																																	
六 月																																	
七 月																																	
八 月																																	
九 月																																	
十 月																																	
本 年 度																																	

项目负责人签字：

家长签字：

附件 2—4

沈阳市残疾儿童康复训练情况反馈报告

儿童姓名		性别	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	出生日期	
是否办理 残疾人证	已办 <input type="checkbox"/> 未办 <input type="checkbox"/>	残疾人证号或 身份证号			
儿童户籍 地 址			监护人姓名		
监护人 联系电话			监护人身份	父亲 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="checkbox"/>	
困难家庭	低保户 <input type="checkbox"/> 低边 <input type="checkbox"/> 计划生育特殊（困难 家庭） <input type="checkbox"/> 孤儿 <input type="checkbox"/> 纳入返贫检测户 <input type="checkbox"/>		申请时间	年 月 日	
诊断结果					
儿童康复 训练项目	视力康复训练 <input type="checkbox"/> 听力（言语）康复训练 <input type="checkbox"/> 肢体康复训练 <input type="checkbox"/> 智力康复训练 <input type="checkbox"/> 精神（孤独症）康复训练 <input type="checkbox"/>				
儿童训练 时长	起始训练时间____年__月__日，截止训练间____年__月__日，共__课时。				
儿童康复 训练方式	医疗机构康复训练 <input type="checkbox"/> 全额拨款事业单位 <input type="checkbox"/> 教育机构康复训练 <input type="checkbox"/>				

康复机构 收取费用	元	申请项目救助费用	元
监护人对 康复训练 满意程度	<p>机构是否对儿童进行康复评估，建立康复训练档案。是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p> <p>机构是否对监护人进行康复知识培训。是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p> <p>机构是否组织儿童参加社会融合活动。是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p> <p>监护人对机构康复训练效果总体满意程度。满意<input type="checkbox"/> 基本满意<input type="checkbox"/> 不满意<input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">监护人签字：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>		
康复机构报告意见： 康复训练人员签字： 负责人签字： <p style="text-align: right;">_____ 康复机构（公章）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>	区、县（市）残联收悉意见： 经办人签字： 康复科长（负责人）签字： <p style="text-align: right;">_____ 残疾人联合会（盖章）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>		

备注：1. 此表一式二份，区县（市）残联、康复机构各留存一份。

2. 监护人对康复训练满意程度不影响残联支付康复训练项目经费。

附件 3

沈阳市残疾儿童特殊情况康复救助 资金补助申请（审核）表

儿童姓名		性别	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	出生日期	
是否办理 残疾人证	已办 <input type="checkbox"/> 未办 <input type="checkbox"/>	残疾人证号 或身份证号			
儿童户籍 地 址			监护人姓名		
监护人 联系电话			监护人身份	父亲 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="checkbox"/>	
困难家庭	低保户 <input type="checkbox"/> 低边 <input type="checkbox"/> 计划生育特殊（困难家庭） <input type="checkbox"/> 孤儿 <input type="checkbox"/> 纳入返贫检测户 <input type="checkbox"/>		申请时间	年 月 日	
诊断结果					
儿童康复救 助项目					
儿童康复训 练机构			机构类型	医疗康复机构 <input type="checkbox"/> 教育康复机构 <input type="checkbox"/> 全 额拨款事业单位 <input type="checkbox"/>	
儿童训练 时长	起始训练时间____年__月__日，截止训练时间____年__月__日，共__课时。				

<p>监护人 申请理由</p>	<p style="text-align: right;">监护人签字：</p>	
<p>审核特殊情况实际补助 金额</p>	<p>大写金额：</p>	<p>小写金额： 元</p>
<p>康复机构核实意见：</p> <p>负责人签字：</p> <p style="text-align: right;">_____ 康复机构（公章）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>	<p>区、县（市）残联审核意见：</p> <p>经办人签字：</p> <p>康复科长（负责人）签字：</p> <p style="text-align: right;">_____ 残疾人联合会（盖章）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>	

备注：1. 此表一式三份，区县（市）残联、康复机构、监护人各留存一份。

2. 监护人填表后，首先请康复机构确认盖章，之后到区、县（市）残联审批。

附件 4

____区、县(市)____年已结算残疾儿童康复救助资金补助汇总表

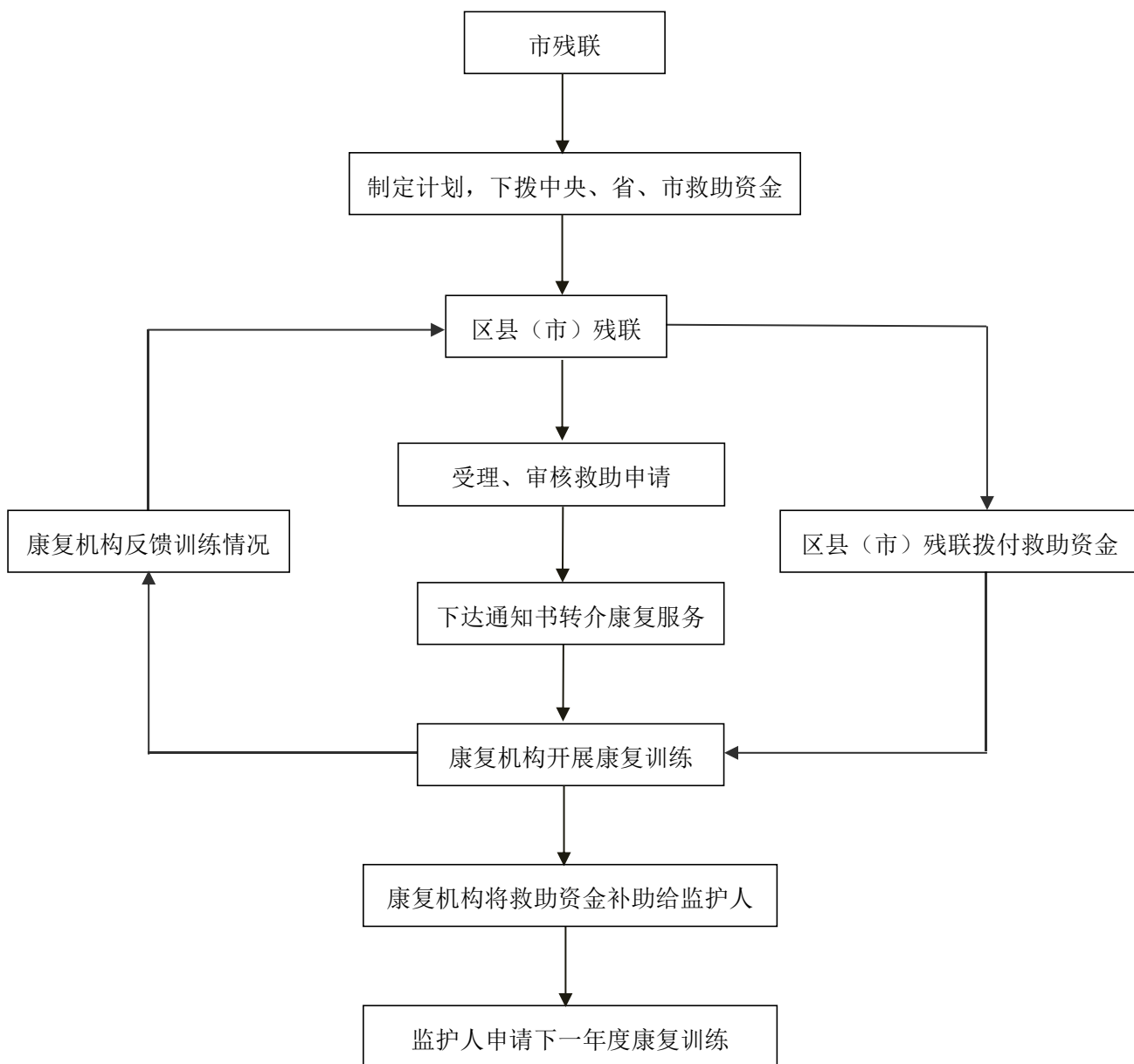
单位: 万元

区县	康复训练												手术		辅助器具		生活补助		救助合计		已拨付资金				
	0-3岁						4-10岁						11-14岁		肢体	听力(言语)	训练	手术	人数	人次	中央	省级	市级	区(市)县	合计
	视力	听力(言语)	肢体	智力	孤独症	孤独症	视力	听力(言语)	肢体	智力	孤独症	听力(言语)	肢体												
	视力	听力(言语)	肢体	智力	孤独症	孤独症	视力	听力(言语)	肢体	智力	孤独症	听力(言语)	肢体												
合计																									
和平区																									
沈河区																									
铁西区																									
皇姑区																									
大东区																									
浑南区																									
于洪区																									
沈北新区																									
苏家屯区																									
辽中区																									
新民市																									
法库县																									
康平县																									

备注:此表为区、县(市)残联发放结算救助资金汇总表,每年4月、8月、11月份报市残联备案

附件 5

市残联、区县（市）残联、康复机构 工作流程图



附件 6

区县（市）残联、监护人、康复机构 工作流程图

