附件 1

曲靖市沾益区残疾儿童康复救助申请审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 儿童姓名 |  | 性别 | □男 □女 | 民族 |  | 出生日期 |  | （照片） |
| 残疾证号（或身份证号） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 地 | 址 |  |
| 监护人姓名 |  | 与儿童关系 |  | 联系电话 |  |
| 残疾类别 | □肢体 □视力 | □智力 | □听力 | □言语 □精神 （多重残疾可多选） |  |
| 残疾程度 | □一级 □二级 | □三级 | □四级 |  监护人身份证号：  |
| 家庭经济状况 | □城乡最低生活保障家庭 □儿童福利机构 □孤儿 □特困供养人员 □脱贫户□其他经济困难家庭（□最低生活保障边缘户□防止返贫监测对象（突发严重困难户、边缘易致贫户、脱贫不稳定户） □民政部门认定的其他低收入家庭 □深度困难职工 □相对困难职工） |
| 乡（镇、街道 ） 民 政办、乡村振兴 或 工 会部 门 核实意见 | 该户属于：（公章）年 月 日 | 乡（镇、街道） 残联意见 | 情况属实核实人：（公章）年 月 日 | 乡（镇、街道）政府（办事处）审核意见 | 同意申报（公章）年 月 日 |
| 享受医疗保险情况 | □享受城镇职工基本医疗保险□享受医疗救助 | □享受城乡居民基本医疗保险□享受其他保险 □无医疗保险 |  |
| 康复需求申请项目 | 视力残疾 | 听力残疾 | 言语残疾 | 肢体残疾 | 智力残疾 | 孤独症 |
| □手术□康复训练□辅助器具 | □手术□康复训练□辅助器具 | □手术□康复训练□辅助器具 | □手术□康复训练□辅助器具 | □手术□康复训练□辅助器具 | □手术□康复训练□辅助器具 |
| 自愿选择康复机构 |  | 是否定点 | □是 □否 |
| 监护人申请 | 1. 残联及康复机构对所有申请信息保密。
2. 救助对象为具有曲靖市沾益区户籍 0—16 岁（其中，语后聋的听障儿童申请人工耳蜗

植入、肢体残疾儿童申请矫治手术年龄可放宽至 18 岁）的视力、听力、言语、肢体、智力等残疾儿童和孤独症儿童。1. 家庭经济状况：城乡最低生活保障家庭、建档立卡贫困户家庭的残疾儿童和儿童福利机构收留抚养的残疾儿童；残疾孤儿、纳入特困人员供养范围的残疾儿童；最低生活保障边缘家庭；防止返贫监测对象（突发严重困难户、边缘易致贫户、脱贫不稳定）家庭；深度困难职工家庭、相对困难职工家庭等。
2. 申请人必须为患儿的监护人或照顾者，申请人对其提交的所有资料的真实性和完整性 负责。
3. 本申请表的递交并不代表已经获准得到康复救助。
4. 多重残疾的，同一类救助服务同一年度内仅救助 1 次，辅助器具除外。
5. 申请获准后积极配合机构进行康复训练和反馈训练效果等信息。
6. 需持续进行的康复训练，救助年龄范围内，每年可申请 1 次康复救助。我确认已经阅读了以上全部条款，并同意以上所有申报规定。

申请人签名：时 间： 年 月 日 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 康复机构鉴定意见 | 1、康复需求项目（若有多项需求，请说明先后顺序）2、鉴定意见： | 鉴定机构（公章） 鉴定人签字：日期： 年 | 月 | 日 |
| 审批意见 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目 | 视力残疾 | 听力残疾 | 言语残疾 | 肢体残疾 | 智力残疾 | 孤独症 |
| □手术□康复训练□辅助器具 | □手术□康复训练□辅助器具 | □手术□康复训练□辅助器具 | □手术□康复训练□辅助器具 | □手术□康复训练□辅助器具 | □手术□康复训练□辅助器具 |
| 备注 |  |  |  |  |  |  |
| 机构 |  |  |  |  |  |  |
| 结算方式 |  |  |  |  |  |  |
| 区民政局、区乡村振兴局或区总工会审核意见 | 区残联审批意见 |
| 经审核，该救助对象属于 ，符合救助条件，同意救助。审核人：（公章）年 月 日 | 同意救助。审批人：（公章）年 月 日 |

批准救助项目（若有多项需求，请说明先后顺序） |

说明：1.此表由残疾儿童监护人或代理人填写，康复机构鉴定（签字盖公章）后交沾益区残联审批，一式两份，一份由沾益区残联留存备查，一份由康复机构存入受助儿童档案。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 视力残疾 | 听力残疾 | 言语残疾 | 肢体残疾 | 智力残疾 | 孤独症 |
| □手术□康复训练□辅助器具 | □手术□康复训练□辅助器具 | □手术□康复训练□辅助器具 | □手术□康复训练□辅助器具 | □手术□康复训练□辅助器具 | □手术□康复训练□辅助器具 |

1. 区残联参考康复机构出具的鉴定意见，结合残疾儿童监护人的意愿和机构的实际承接能力，确定最终的审批意见，审批意见按照沾益区规定执行。
2. 受助儿童及监护人身份证复印件和机构诊断证明由沾益区残联留存备查。
3. 持证的残疾儿童必须填残疾证号，无证的填身份证号。
4. 多重残疾的，同一类救助服务同一年度内仅救助１次，辅助器具除外。

附件2

曲靖市沾益区残疾儿童康复救助登记表

|  |
| --- |
| 基本情况 |
| 姓名 |  | 性别 | □男 □ 女 | 民族 |  | 出生日期 |  | （照片） |
| 残疾证号（或身份证号） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 地 址 |  |
| 监护人姓名 |  | 与儿童关系 |  |   |  |
| 残疾类别 | □视力 □智力 □听力 □ 言语 □精神 （多重残疾可多选） | 有残疾证的须填写此项 |
| 残疾程度 | □一级 □二级 □三级 □四级 监护人身份证号：  |
| 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 □无医疗保险□享受医疗救助 □享受其他保险 |
| 致残原因 | □先天 □疾病 □早产 □产伤 □ 窒息 □意外伤害 □ 中毒 □药物□其他  |
| 视力残疾 | □盲 □低视力（）视力：左眼 右眼 ）致残原因：□ 白内障 □角膜病 □视网膜色素膜病变 □青光眼 □遗传 □弱势□发育障碍 □其他 康复现状：□机构康复 □家庭康复 □未接受康复 |
| 听力残疾 | 发现耳聋月龄： 是否有家族耳聋史：□无 □有 与儿童关系平均听力损失：左耳 dB HL 右耳 dB HL助听器配戴：□否 □是（开始配戴时间： 岁 个月） 配戴耳：□左 □右康复现状：□机构康复 □家庭康复 □未接受康复接受救助后家庭中有无专人陪伴康复：□无 □有 与儿童关系 |
| 言语残疾 | 致残原因：□ 听力障碍 □智力低下 □脑部疾病 □构音器官病变 □发声器官病变康复现状：□机构康复 □家庭康复 □未接受康复 |
| 肢体残疾 | 肢残部位：□上肢 □ 下肢 □脊柱脑瘫类型：□痉挛型 □手足徐动型 □共济失调 □弛缓型 □混合型康复现状：□机构康复 □家庭康复 □未接受康复 |
| 智力残疾 | 儿童发育商：□≤25 □26-39 □40-54 □55-75康复现状：□机构康复 □家庭康复 □未接受康复 |
| 孤独症 | 诊断机构： 诊断结果： 康复现状：□机构康复 □家庭康复 □未接受康复 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名称 | 数量 | 适配时间 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名称 | 数量 | 适配时间 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 康复救助情况 |
| 残疾类别 | 手术 | 康复训练 |  |  | 辅助器具 |
|  | 手术名称： |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 训练起止时间： 年 | 月至 | 年 月 |  |  |  |  |
|  | 手术部位： |  |  | 康复训练效果：□显效 | □有效 | □无效 |  |  |  |  |
| 视力残疾 | 手术时间：术后评价：□显效 | □有效 | □无效 | 参加社会融入活动 次家长培训：□是 □ 否 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 家长满意度：□非常满意 | □满意 | □不满意 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 训练后走向：□继续在训 | □普幼 | □普小 □特校 | □其他 |  |  |  |
|  | 手术名称： |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 手术部位： |  |  | 训练起止时间： 年康复训练效果：□显效 | 月至□有效 | 年 月□无效 |  |  |  |  |
| 听力残疾 | 手术时间：术后评价：□显效 | □有效 | □无效 | 参加社会融入活动 次家长培训：□是 □ 否 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 家长满意度：□非常满意 | □满意 | □不满意 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 训练后走向：□继续在训 | □普幼 | □普小 □特校 | □其他 |  |  |  |
|  | 手术名称： |  |  |  |  |  |  |  |
| 名称 | 数量 | 适配时间 |
|  |  |  |  | 训练起止时间： 年 | 月至 | 年 月 |  |
|  | 手术部位： |  |  | 康复训练效果：□显效 | □有效 | □无效 |  |
|  |  |  |
| 言语残疾 | 手术时间：术后评价：□显效 | □有效 | □无效 | 参加社会融入活动 次家长培训：□是 □ 否 |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  | 家长满意度：□非常满意 | □满意 | □不满意 |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  | 训练后走向：□继续在训 | □普幼 | □普小 □特校 | □其他 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名称 | 数量 | 适配时间 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名称 | 数量 | 适配时间 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名称 | 数量 | 适配时间 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 残疾类别 | 手术 | 康复训练 | 辅助器具 |
|  | 手术名称： |  |  | 训练起止时间： 年 | 月至 | 年 月 |  |  |  |
|  |  |  |  | 康复训练效果：□显效 | □有效 | □无效 |  |  |
| 肢体残疾 | 手术部位： |  |  | 参加社会融入活动 次 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 家长培训：□是 □ 否 |  |  |  |  |
|  | 手术时间： |  |  | 家长满意度：□非常满意 | □满意 | □不满意 |  |  |
|  | 术后评价：□显效 | □有效 | □无效 | 训练后走向：□继续在训 | □普幼 | □普小 | □特校 | □其他 |
|  | 手术名称： |  |  | 训练起止时间： 年 | 月至 | 年 月 |  |  |  |
|  |  |  |  | 康复训练效果：□显效 | □有效 | □无效 |  |  |
| 智力残疾 | 手术部位： |  |  | 参加社会融入活动 次 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 家长培训：□是 □ 否 |  |  |  |  |
|  | 手术时间： |  |  | 家长满意度：□非常满意 | □满意 | □不满意 |  |  |
|  | 术后评价：□显效 | □有效 | □无效 | 训练后走向：□继续在训 | □普幼 | □普小 | □特校 | □其他 |
|  | 手术名称： |  |  | 训练起止时间： 年 | 月至 | 年 月 |  |  |  |
|  |  |  |  | 康复训练效果：□显效 | □有效 | □无效 |  |  |
| 孤独症 | 手术部位： |  |  | 参加社会融入活动 次 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 家长培训：□是 □ 否 |  |  |  |  |
|  | 手术时间： |  |  | 家长满意度：□非常满意 | □满意 | □不满意 |  |  |
|  | 术后评价：□显效 | □有效 | □无效 | 训练后走向：□继续在训 | □普幼 | □普小 | □特校 | □其他 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 手术医院 |  | 手术医生签字：年 月 日 |
| 康复机构 |  | 机构负责人签字：年 月 日 |
| 辅具适配机构 |  | 机构负责人签字：年 月 日 |
| 监护人签字 | 经机构详细说明，本人已知晓本次康复康复救助内容、补助标准、训练 计划及预期效果，并保证积极参加家长培训，及时反馈救助对象训练效果及 存在问题。签字：年 月 日 |

填表说明：此表由康复机构填写，每年登记一次，并及时将救助信息录入数据库。

附件3

曲靖市沾益区残疾儿童康复救助审核结算表

|  |
| --- |
| 基本情况 |
| 儿童姓名 |  | 性别 | □ 男 □女 | 民族 |  | 出生 日期 |  | （照片） |
| 残疾证号（ 或身份证号） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 地 址 |  |
| 监护人姓名 |  | 与儿童关系 |  | 联系电话 |  |
| 残疾类别 | □视力 □智力 □ 听力 □ 言语 □精神 （多重残疾可多选） |
| 残疾程度 | □一级 □二级 □三级 □ 四级 监护人身份证号：  |
|  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 □享受其他保险 □无医疗保险 □享受医疗救助 |
| 康复机构 |  | 是否定点 | □是 □否 |
| 康复救助情况 |
| 救助内容 | 视力残疾 | 听力残疾 | 言语残疾 | 肢体残疾 | 智力残疾 | 孤独症 |
| □手术□康复训练□辅助器具 | □手术□康复训练□辅助器具 | □手术□康复训练□辅助器具 | □手术□康复训练□辅助器具 | □手术□康复训练□辅助器具 | □手术□康复训练□辅助器具 |
| 手术 | 手术名称： 手术部位： 手术时间：术后评价：□显效 □有效 □无效 | 手术医生签字：年 月 | 日 |
|  | 训练起止时间： 年月至 年 月 | 机构负责人签字：年 月 | 日 |
|  | 参加社会融入活动 次 |
| 康复训练 | 康复训练效果：□显效 □有效 □无效 |
|  | 家长培训：□是 □ 否 |
|  | 家长满意度：□非常满意 □满意 □不满意 |
|  | 训练后走向：□继续在训 □普幼 □普小 □特校 □其他 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 辅助器具 | 名称 | 型号 | 数量 | 适配时间 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 费用汇总 |
| 项目 | 数量 | 总费用 | 医保报销 | 康复救助补助 | 个人自费 |
| 手术 |  |  |  |  |  |
| 康复训练 |  |  |  |  |  |
| 辅具适配 |  |  |  |  |  |
| 合计： |  |  |  |  |  |
| 机构（公章）： 负责人： 经办核算人： |
| 区残联审核意见 | 审核人（签章）日期： 年 月 日 |
| 救助标准 | 手术类：手术费最高补助 **2** 万元（ 人工耳蜗植入手术费含植入手术、术后开机 及4 次调机费）。康复训练：每人每月补助 **2000** 元，每年最长不超过 **10** 个月。辅助器具适配：基本型辅助器具适配，每人最高补助 **1000** 元（含产品及评估适 配费用）；装配假肢、矫形器， 每人最高补助 **5000** 元（ 含部件材料及制作费用）；助 听器最高补助 **6000** 元（含全数助听器 2 台、验配及 1 年调试）；人工耳蜗产品最高补助 7 万元。多重残疾:按照相应残疾类别救助标准给予补助，同一类救助服务一年度内仅补助一次。 |

提供资料：费用票据、曲靖市沾益区残疾儿童康复救助申请审批表、曲靖市沾益区残疾儿童康复救助登记表、 康复档案、住院病历资料和费用总清单。