



重庆市沙坪坝区残疾人联合会  
重庆市沙坪坝区教育委员会  
重庆市沙坪坝区民政局  
重庆市沙坪坝区财政局  
重庆市沙坪坝区卫生健康委员会  
重庆市沙坪坝区市场监督管理局  
重庆市沙坪坝区乡村振兴局  
重庆市沙坪坝区医疗保障局  
关于印发《重庆市沙坪坝区残疾儿童康复救助  
实施办法》的通知

沙残文〔2023〕17号

各镇街残联：

根据《重庆市残疾儿童康复救助实施办法（修订）的通知》（渝残联发〔2023〕9号）等文件精神，区残联、区教委等8部门结合我区实际，制定了《重庆市沙坪坝区残疾儿童康复救助实施办法》，现印发给你们，请认真执行。



## 重庆市沙坪坝区残疾人联合会行政规范性文件

---

沙坪坝区残疾人联合会

沙坪坝区教育委员会

沙坪坝区民政局

沙坪坝区财政局

沙坪坝区卫生健康委员会

沙坪坝区市场监督管理局

沙坪坝区乡村振兴局

沙坪坝区医疗保障局

(沙坪坝区农业农村委员会代章)

2023年10月23日

(此件公开发布)



## 重庆市沙坪坝区残疾儿童康复救助实施办法

为进一步落实残疾儿童康复救助制度，根据《国务院关于建立残疾儿童康复救助制度的意见》（国发〔2018〕20号）、《重庆市人民政府关于建立残疾儿童康复救助制度的实施意见》（渝府发〔2018〕44号）、《重庆市人民政府关于印发重庆市“十四五”残疾人保障和发展规划（2021—2025年）的通知》和《重庆市残疾儿童康复救助实施办法（修订）的通知》（渝残联发〔2023〕9号）等文件精神，结合我区实际，制定本办法。

### 一、救助对象和条件

康复救助年龄计算节点为申请康复救助年度的1月1日。

（一）0—6岁手术、辅助器具适配、康复训练救助对象和条件：

1. 沙坪坝区户籍或持有沙坪坝区居住证明的视力、听力、言语、肢体、智力残疾儿童和孤独症儿童；

2. 诊断明确（提供医学诊断证明书），有康复需求和康复意愿。

（二）7—14岁辅助器具适配、康复训练救助对象和条件：

1. 沙坪坝区户籍的视力、听力、言语、肢体、智力残疾儿



童和孤独症儿童。

2. 持有《中华人民共和国残疾人证》。

家庭经济条件困难：包含民政部门认定的城乡最低生活保障家庭残疾儿童，儿童福利机构、未成年人救助保护机构收留抚养的残疾儿童，散居残疾孤儿，事实无人抚养残疾儿童、纳入特困人员供养范围的残疾儿童；乡村振兴部门认定的防止返贫监测对象（脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户）家庭的残疾儿童。

3. 经评估具备康复指征，有康复需求和康复意愿。

### **（三）7—18岁手术救助对象和条件：**

1. 沙坪坝区户籍；

2. 经评估符合手术适应指征，有康复需求和康复意愿的听力、肢体残疾儿童（少年）。

## **二、康复救助内容和标准**

根据残疾儿童个体的不同情况，有针对性地开展以减轻功能障碍、改善功能状况、增强生活自理和社会参与能力为主要目的的手术、辅助器具适配和康复训练等康复救助。康复服务规范参照国家、市级有关要求执行。辅助器具适配可采取免费适配或货币化补贴，免费适配按政府采购有关规定实施，货币化补贴标准



## 重庆市沙坪坝区残疾人联合会行政规范性文件

参照《沙坪坝区残疾人基本辅助器具适配补贴实施办法（暂行）的通知》（沙残发〔2021〕2号）文件执行。人工耳蜗植入手术救助、助听器适配由市残疾人综合服务中心统一组织实施。

### （一）手术

#### 1. 人工耳蜗植入手术

为经评估符合条件的听力残疾儿童（少年）提供人工耳蜗植入手术及术后康复训练一次性救助。免费提供人工耳蜗产品1套；手术补助标准为限额12000元/人，包括术前检查（复筛）、手术及术后5次调机（含开机）等；术后一年康复训练补助标准为限额20000元/人。

#### 2. 肢体矫治手术

为先天性关节畸形如马蹄足，先天性关节脱位如髋关节、膝关节脱位；小儿麻痹后遗症、脊膜膨出后遗症等导致肌腱挛缩、关节畸形及脱位；脑瘫或脑损伤导致的严重痉挛、肌腱挛缩、关节畸形及脱位等肢体残疾儿童（少年）提供矫治手术救助，补助标准为限额20000元/人·年，包括手术费、术后康复训练费、矫形器适配费等。

对已纳入城乡居民基本医疗保险、城乡居民大病保险、大病医疗救助等政策范围的，应先按照有关政策规定报销、救助后，



再由区残联进行补助。实际产生的手术费用低于补助标准的，按实际费用给予补助；高于补助标准的，按补助标准给予补助。

### （二）辅助器具适配

#### 1. 视力残疾儿童

为视力残疾儿童适配盲杖、盲文写字板和笔、放大镜、助视器等辅助器具。

#### 2. 肢体残疾儿童

为经评估需适配假肢、矫形器的肢体残疾儿童，适配踝足矫形器、矫形鞋，补助标准为限额 1500 元/人·年；适配大（小）腿假肢、膝踝足矫形器、脊柱矫形器等，补助标准为限额 5000 元/人·年。为肢体残疾儿童适配儿童轮椅、坐姿椅、站立架、助行器等辅助器具。

在不超过年度补助限额的情况下，肢体残疾儿童监护人可根据自身需求确定假肢、矫形器申请频次。假肢、矫形器补助费用，零部件及材料费不低于 60%，制作费（诊断评估、制作和适应性训练）不超过 40%。

#### 3. 听力残疾儿童

为经评估符合助听器佩戴条件的听力残疾儿童，免费适配 2 台助听器（含适配服务、耳模制作、电池购置及调试服务费）。



### (三) 康复训练

根据评估结果及实际需要，多重残疾儿童同一年度内原则上只能申请一项康复训练救助类别。一个救助年度内，接受康复训练救助的残疾儿童最多可申请更换一次定点服务机构。

#### 1. 视力残疾儿童

(1)为低视力儿童提供视觉基本技能训练，补助标准为0—6岁限额10000元/人·年，7—14岁5000元/人·年，每月补助标准限额1000元/人，每日补助标准限额200元/人。

(2)为盲童提供定向技能及行走训练、社会适应能力训练，补助标准为0—6岁限额5000元/人·年，7—14岁限额3000元/人·年，每月补助标准限额1000元/人，每日补助标准限额200元/人，最多可申请3年救助。

视力残疾儿童在定点服务机构训练时间不低于1小时/次，费用结算标准不超过100元/小时。进入普校就读的视力残疾儿童凭入学证明可申请将每日补助标准调整为300元/人，每月及每年康复训练补助标准限额不变。

#### 2. 听力、言语、智力、肢体残疾儿童和孤独症儿童

提供听觉言语功能训练，运动、认知、沟通及适应性等康复训练，补助标准为0-14岁限额20000元/人·年，每月康复训练补





## 重庆市沙坪坝区残疾人联合会行政规范性文件

助标准为限额 2500 元/人（每日补助标准为限额 150 元/人），进入普小（幼）就读残疾儿童凭入学证明可申请限额不超过 300 元/日的康复训练补助，每月每年康复训练补助标准限额不变。康复训练经费在补助标准范围内按年度据实结算，费用结算标准按照《重庆市残疾儿童康复救助定点服务机构管理实施办法（试行）》执行（渝残联发〔2021〕188号）执行。

### （四）疑似残疾儿童诊断补贴

沙坪坝区户籍、接受康复救助的残疾儿童，按照我市疑似残疾儿童诊断补贴规定给予一次性补贴 300 元。

### （五）康复训练交通、生活补贴

沙坪坝区户籍，在重庆市残疾儿童康复救助定点服务机构接受康复训练的 0—14 周岁残疾儿童，根据申请及实际训练时间按 400 元/月标准给予康复训练交通、生活补贴；纳入特困人员供养范围，城乡最低生活保障家庭，建档立卡贫困户家庭儿童补助标准为 500 元/月。

## 三、康复救助流程

### （一）申请

儿童监护人根据医院出具的诊断残疾类别（医学诊断证明书应由重庆市残疾等级评定机构或二级及以上公立医疗机构出具，





并明确建议康复内容。其中，申请孤独症儿童康复救助的诊断评估机构须为三级甲等公立医疗机构，申请人工耳蜗植入手术救助的诊断评估机构须为人工耳蜗定点手术医院。原则上，医学诊断证明书2年内有效），按照就近就便自愿原则选定与诊断证明相应类别的定点康复机构接受训练，并提出书面或网上申请。

1. 沙坪坝区户籍，0—6岁符合救助范围和条件的残疾儿童监护人，持家庭户口本、有效医学诊断证明及残疾儿童照片提出书面或网上申请。

2. 持沙坪坝区居住证，0—6岁符合救助范围和条件的残疾儿童监护人，需持家庭户口本、居住证、有效医学诊断证明、残疾儿童照片以及户籍地残联出具的未享受项目救助情况说明书（须加盖当地残联鲜章）等书面材料，到居住证发放地镇街残联提出申请，填写《沙坪坝区残疾儿童康复救助申请审批表》（附件1）、《承诺书》（附件2）、《委托书》（附件3）。

3. 沙坪坝区户籍，7—14岁符合救助范围和条件申请项目救助的残疾儿童监护人，需持家庭户口本、有效医学诊断证明、残疾证、低保（特困）证明及残疾儿童照片等书面材料到户籍所在镇街残联提出申请，填写《沙坪坝区残疾儿童康复救助申请审批表》（附件1）、《承诺书》（附件2）、《委托书》（附件3）。



4. 沙坪坝户籍,7—14岁符合救助范围和条件单独申请康复训练交通、生活补助的残疾儿童监护人,需持家庭户口本、有效医学诊断证明、残疾儿童照片到户籍所属镇街残联提出申请,填写《沙坪坝区残疾儿童康复救助申请审批表》(附件1)、《承诺书》(附件2)。

儿童监护人持经镇街残联和机构盖章的《申请审批表》报区残联审核批准。申请项目救助儿童不用提交康复训练交通、生活补助申请资料。

### (二) 审核

区残联应安排专人受理申请并在7日内审核完毕。经审核符合康复救助条件的,核定补助标准(提交书面申请材料的需签字、盖章确认),将受助儿童信息及时、真实、准确的录入“儿童康复服务系统”,建立完善救助对象台账及档案资料。

经审核不符合救助条件的,及时向残疾儿童监护人反馈。必要时,区残联可进一步组织评估,依据相关专家或医疗机构评估意见明确审核意见。对于家庭经济条件困难救助对象的申请,由区残联与区民政、乡村振兴等部门进行相关信息比对后作出决定。

### (三) 救助



审核通过后，残疾儿童监护人于申请审批表盖章或网上申请通过 30 日内到定点服务机构接受康复救助，超过期限的，原则上应重新进行申请。定点康复机构应与残疾儿童监护人签署《沙坪坝区残疾儿童康复救助定点服务机构康复训练服务协议》（附件 4），明确双方责任、义务，并及时在残疾儿童康复救助系统点击“开始服务”。

#### （四）结算

残疾儿童接受康复救助的费用，由定点服务机构或残疾儿童监护人向残疾儿童户籍所在地（居住发放地）镇街残联提交结算资料，由镇街残联汇总后报区残联审核，区残联对相关康复费用审核后，向残疾儿童监护人拨付救助款项。对已纳入城乡居民基本医疗保险、大病保险、医疗救助等政策范围或者其他救助项目的，应先行报销、救助后，再由残疾儿童康复救助资金据实结算。实际产生的康复费用低于补助标准的，按实际费用给予补助；高于补助标准的，按补助标准给予补助。

原则上，手术、辅助器具适配康复救助结算时间不超过救助后 1 个月，康复训练救助结算次数每年不少于两次，每次不超过 6 个月。

镇街残联接区残联通知后将本辖区申请康复项目补助和康



## 重庆市沙坪坝区残疾人联合会行政规范性文件

复训练交通、生活补助资料集中汇总报区残联审核，所需资料如下：

- (1) 康复机构开具正式发票原件；
- (2) 《残疾儿童康复救助训练情况登记表》（附件5）；
- (3) 《沙坪坝区残疾儿童康复救助经费结算表》（附件6）；
- (4) 监护人工商银行一类卡复印件（需注明姓名，与卡号保持一致）；
- (5) 《沙坪坝区残疾儿童康复救助补助申请汇总表》（附件7）；

具体申报补助时间和要求以区残联通知为准。享受项目救助儿童不用单独提交康复训练交通、生活补助结算资料。

### 四、组织实施

#### （一）组织领导

区残联、区民政、区卫健委、区乡村振兴局、区医保局等部门要做好政府其他救助政策和残疾儿童康复救助制度的有效衔接，加强残疾儿童数据比对和共享工作。

区残联要做好残疾儿童康复救助工作的组织实施，积极发挥组织协调和服务作用。

各相关部门要加大残疾儿童康复机构的培育和扶持，积极推



进教育、儿童福利、医疗、民办非企业等各类机构开展残疾儿童康复服务。

### **(二) 经费保障**

区财政、区残联应根据残疾儿童数量、救助标准、工作保障等情况，科学测算救助资金和工作经费需求，将残疾儿童康复救助资金及相应工作经费纳入政府预算，做好兜底保障，确保符合条件的残疾儿童应救尽救。

### **(三) 监督管理**

区财政要会同审计等部门加强对残疾儿童康复救助资金使用情况的监督检查，防止发生挤占、挪用、套取等违法违规现象。

区残联按照《沙坪坝区残疾儿童康复救助定点服务机构管理实施办法（试行）》文件要求，开展对残疾儿童康复救助定点服务机构的认定、管理与监督等，严格落实准入、监管、退出动态管理机制；准确掌握本地残疾儿童底数、康复需求、康复救助情况，及时将残疾儿童康复救助数据录入中国残联残疾儿童康复救助综合管理系统；建立完善救助对象档案资料，做到“一人一档”。

镇街残联按照申请办理程序严格审核残疾儿童申请及结算资料；对辖区内享受救助残疾儿童康复训练情况进行跟踪随访；按属地管理原则，对辖区内定点康复机构安全管理及开展康复训





练情况进行检查。

### （四）加大宣传

区卫健委要结合医疗机构点多面广、贴近群众的优势，在医疗机构公共大厅、咨询服务台、专科门诊等位置播放宣传视频、悬挂宣传横幅、张贴宣传海报，有条件的医疗机构可设置宣传专栏，全方位宣传残疾儿童康复救助政策。要在具有视力、听力、言语、智力、肢体、精神残疾和孤独症儿童诊断能力的医疗机构，围绕残疾儿童康复救助对象、救助条件、救助标准、救助流程，有针对性地开展政策介绍和宣传；将残疾儿童康复救助政策宣传与居民健康知识普及等日常科普宣传工作有机结合，在导诊台、咨询服务台、住院部等相关诊疗场所定期投放宣传资料，张贴重庆市残疾儿童康复微信小程序宣传海报，帮助有需求的残疾儿童监护人及时了解救助政策。

区残联要联动区卫健委，在全国爱耳日、世界孤独症日、全国助残日、全国爱眼日、全国残疾预防日、预防出生缺陷日、世界精神卫生日、国际残疾人日等重要时间节点，通过设置咨询台、制作宣传展板、播放宣传视频等多形式开展主题宣传活动，发挥积聚宣传效应。

相关部门和单位要充分运用传统媒体、新媒体等多种手段大

## 重庆市沙坪坝区残疾人联合会行政规范性文件

力开展残疾儿童康复救助制度政策解读和宣传，共同做好残疾儿童康复救助政策宣传工作，着力提升残疾儿童康复救助政策覆盖面和知晓率，使社会各界广泛了解党和政府的爱民之心、惠民之举，帮助残疾儿童监护人准确知晓残疾儿童康复救助制度相关内容，了解申请程序和相关要求。积极引导全社会强化残疾预防和康复意识，关心、支持残疾儿童康复工作，营造良好的社会环境。

### 五、其他

本办法自 2023 年 11 月 1 日起实施，救助标准将根据上级最新文件要求结合本区实际情况进行适时调整。如之前执行有关规定与本办法不一致的，以本办法为准。

- 附件：1. 沙坪坝区残疾儿童康复救助申请审批表
2. 承诺书
3. 委托书
4. 沙坪坝区残疾儿童康复救助定点服务机构康复训练服务协议
5. 沙坪坝区残疾儿童康复救助训练情况登记表
6. 沙坪坝区残疾儿童康复救助经费结算表
7. 沙坪坝区残疾儿童康复救助申请汇总表





附件 1

## 沙坪坝区残疾儿童康复救助申请审批表

( 年度 )

|           |  |    |                 |       |  |      |   |
|-----------|--|----|-----------------|-------|--|------|---|
| 姓名        |  | 性别 |                 | 民族    |  | 出生年月 |   |
| 身份证号      |  |    | 残疾人证号<br>(持证必填) |       |  |      |   |
| 残疾类别      | <input type="checkbox"/> 视力 <input type="checkbox"/> 言语 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 智力 <input type="checkbox"/> 精神(孤独症) (多重残疾可多选)   |    |                 |       |  |      |   |
| 残疾等级      | <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 未定级   |    |                 |       |  |      |   |
| 家庭住址      |  |    |                 | 监护人姓名 |  |      | 联系电话  |
| 家庭经济状况    | <input type="checkbox"/> 城乡最低生活保障家庭 <input type="checkbox"/> 建档立卡贫困户家庭<br><input type="checkbox"/> 儿童福利机构收留抚养 <input type="checkbox"/> 残疾孤儿<br><input type="checkbox"/> 纳入特困人员供养范围残疾儿童<br><input type="checkbox"/> 其他经济困难家庭  |    |                 |       |  | 户口类别 | <input type="checkbox"/> 农业户<br><input type="checkbox"/> 非农业户 |
| 享受医疗保险情况  | <input type="checkbox"/> 享受城乡居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 享受医疗救助<br><input type="checkbox"/> 享受其他保险 <input type="checkbox"/> 无医疗保险  |    |                 |       |  |      |   |
| 康复救助项目    | 1.手术： <input type="checkbox"/> 人工耳蜗植入手术 <input type="checkbox"/> 肢体矫治手术<br>2.辅助器具： <input type="checkbox"/> 助视器 <input type="checkbox"/> 假肢、矫形器 <input type="checkbox"/> 儿童轮椅、助行器等<br><input type="checkbox"/> 人工耳蜗 <input type="checkbox"/> 助听器<br>3.基本康复训练： <input type="checkbox"/> 视觉技能训练 <input type="checkbox"/> 定向行走训练 <input type="checkbox"/> 听力语言训练<br><input type="checkbox"/> 脑瘫康复训练 <input type="checkbox"/> 智力康复训练 <input type="checkbox"/> 孤独症康复训练<br>4.其他： |    |                 |       |  |      |   |
| 定点康复机构    |  |    |                 | 机构负责人 |  |      | 联系电话  |
| 补贴方式      | <input type="checkbox"/> 免费 <input type="checkbox"/> 定额补助 <input type="checkbox"/> 限额补助(金额： )大写：   |    |                 |       |  |      |   |
| 残疾人或监护人申请 | 申请人： 年 月 日   |    |                 |       |  |      |   |
| 镇街残联意见    | 领导签字： 审核人签字： (单位盖章)<br>年 月 日   |    |                 |       |  |      |   |
| 区残联意见     | 领导签字： 审核人签字： (单位盖章)<br>年 月 日   |    |                 |       |  |      |   |

填表说明：1. 此表一式三份，镇街残联、区残联、定点康复机构各留存一份。

2.“康复救助项目”栏由镇街残联依据诊断证明和救助内容填写。



附件 2

## 承诺书

重庆市沙坪坝区残疾人联合会：

本人婚生子女\_\_\_\_\_（身份证号码：\_\_\_\_\_）

户籍地址：\_\_\_\_\_，于\_\_\_\_\_年\_\_月起

在\_\_\_\_\_机构做康复训练。本人对该康复机构的

资质、环境、卫生、消防、饮食、训练等情况都已作了详细了解，

自愿选择在该康复机构进行孩子康复训练，并自愿监督督促该机构

开展好训练、教学和安全管理。

承诺人（监护人签字并按手印）：\_\_\_\_\_

身份号码：\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_

年 月 日



附件 3

## 委托书

重庆市沙坪坝区残疾人联合会：

本人婚生子女：\_\_\_\_\_（身份证号码：\_\_\_\_\_）

户籍地址：\_\_\_\_\_，\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日需继续在\_\_\_\_\_定点康复机构做训练，已和定点康复机构协商好达成一致。特委托负责康复救助工作人员在儿童康复救助系统中代申请，有效期截止到当年底。本人均予以认可，由此产生的一切后果由本人负责。特此委托。

委托人（监护人签字并按手印）：\_\_\_\_\_

身份号码：\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_

年 月 日



附件 4

## 沙坪坝区残疾儿童康复救助定点服务机构康复 训练服务协议

甲方（定点服务机构）：

乙方（监护人/代理人）：

与残疾儿童关系：

残疾儿童姓名：

康复训练类别：

为落实重庆市残疾儿童康复救助制度，特订立以下协议：

### 一、协议条款：

#### （一）康复服务

1.甲方根据乙方所提供儿童诊断证明、受助儿童户口所在地区县残联审核盖章的《残疾儿童康复救助申请审批表》，同意接收乙方儿童并为其提供康复训练服务。

2.甲方根据《重庆市残疾儿童康复救助定点服务机构管理实施办法（试行）》相关要求，保证训练场所、教学设施设备符合规范，为乙方受助儿童提供适宜的康复训练服务内容。在残疾儿童康复救助项目内，甲方提供个训（一对一）时间不低于 30 分钟/节，费用结算标准不超过 75 元/节；小组（组额不超过 8 名残



## 重庆市沙坪坝区残疾人联合会行政规范性文件

疾儿童)训练时间不低于30分钟/节,费用结算标准不超过20元/节.人;集体(组额不超过15名残疾儿童,专业技术人员配置不低于2名)训练时间不低于30分钟/节,费用结算标准不超过15元/节.人。

3.甲方在为乙方提供康复训练服务的同时,还应为乙方提供信息咨询与转介、政策指导、家长培训、家庭康复训练指导、心理疏导,知识宣传、组织社会融合等附加服务内容,不得另外收取费用。

4.乙方应遵守康复时间约定,定期送受助儿童到甲方参加康复训练,并自觉遵守甲方有关规章制度,服从甲方康复管理。

5.甲乙双方应约定服务形式,包括线下训练、线上训练、线下训练+线上训练。其中线上训练形式为新冠肺炎疫情期间特殊服务方式,享受康复救助项目的线上训练,需先报经区残联同意。

6.年度项目康复训练周期为:\_\_\_\_\_。项目服务期满,重新签订康复协议。

### (二) 康复费用及结算

1.甲方应公示残疾儿童康复救助项目外收费标准。

2.甲方有义务主动提醒乙方,按照《重庆市残疾儿童康复救助制度实施办法》和《重庆市残疾儿童康复救助定点服务机构管理实施办法(试行)》,对符合条件的残疾儿童在定点康复机构内接受康复训练所产生的费用给予补助。残疾儿童每月康复训练限



额补助 2500 元（每日康复训练限额补助 150 元）；每年康复训练限额补助 20000 元。进入普小（幼）就读残疾儿童凭入学证明可申请每日康复救助经费限额补助 300 元，每月、每年限额补助标准不变。

3.甲方应建立健全受助儿童的康复训练档案，内容包括《残疾儿童康复救助申请审批表》、全年康复计划、康复训练记录、康复总结以及康复评估记录，确保受助儿童康复救助档案完整，合规享有康复救助补助费用。

4.甲方应配合乙方完成残疾儿童康复救助费用结算有关事宜。

5.甲方应主动和受助儿童户籍所在地区县残联沟通，配合当地区县残联做好救助申请及费用结算工作。结算时间、方式应以当地（受助儿童户籍所在地）残联公布的结算办法为准。

### （三）康复安全

1.受助儿童在甲方机构提供的场所训练期间，甲方对受助儿童有照护义务。甲方应规范场所环境设置，建立健全安全制度，做好应急预案，确保受助儿童人身安全。

2.乙方对受助儿童的身体及精神状况，如特殊疾病、问题行为及其它特殊情况等有告知义务。如遇受助儿童身体原因发生临时病情变化等危急情况，甲方应及时将其送医或采取适当措施并同时通知乙方，乙方接到通知后须第一时间赶往现场处理。



3.受助儿童进行康复训练时，若因乙方原因出现安全事故，由乙方承担责任。

#### (四) 康复终止

4.乙方有权利向甲方提出终止康复服务要求，但应提前至少15天告知甲方。

2.甲乙双方终止康复服务后，甲方有义务配合乙方完成申报残疾儿童康复救助补助经费有关事宜。

3.甲方因特殊原因不能继续为乙方提供康复服务的，须提前一个月告知乙方，与当地（受助儿童户籍所在地）残联共同做好受助儿童的妥善转介等工作。

## 二、违约责任

1.甲乙双方任意一方违约的，应当承担违约责任。

2.甲乙双方存在争议与纠纷时，可在平等自愿的基础上，共同协商解决。

3.甲乙双方协商一致的其他条款：\_\_\_\_\_

## 三、其他

本协议甲乙双方签字盖章后生效，一式贰份，甲方、乙方各执一份。

甲方负责人签字并盖章：

乙方监护人/代理人签字（手印）：

签订日期：        年        月        日



附件 5

沙坪坝区残疾儿童康复救助训练情况登记表

( ) 年度

定点康复机构名称 (盖章):

|  |   |    |       |    |      |      |  |
|--|---|----|-------|----|------|------|--|
| 儿童姓名   |   | 性别 |       | 民族 |      | 出生年月 |  |
| 身份证号码  |   |    | 家庭住址  |    |      |      |  |
| 监护人姓名  |   |    | 与患者关系 |    | 联系电话 |      |  |
| 受助项目   | 康复机构负责人   |    |       |    | 联系电话 |      |  |
| 致残原因   | <input type="checkbox"/> 发育障碍 <input type="checkbox"/> 创伤或意外伤害 <input type="checkbox"/> 中毒与过敏 <input type="checkbox"/> 不良文化因素<br><input type="checkbox"/> 遗传 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 原因不明 <input type="checkbox"/> 其他  |    |       |    |      |      |  |
| 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   |    |       |    |      |      |  |
| 康复、教育现况  | <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 幼儿园 <input type="checkbox"/> 康复机构 <input type="checkbox"/> 家庭  |    |       |    |      |      |  |
| 享受医疗保险情况   | <input type="checkbox"/> 享受城镇职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 享受农村合作医疗保险<br><input type="checkbox"/> 享受其他保险 <input type="checkbox"/> 无医疗保险   |    |       |    |      |      |  |
| 本年康复训练时间   | 上半年度 <input type="checkbox"/> 1月 <input type="checkbox"/> 2月 <input type="checkbox"/> 3月 <input type="checkbox"/> 4月 <input type="checkbox"/> 5月 <input type="checkbox"/> 6月<br>下半年度 <input type="checkbox"/> 7月 <input type="checkbox"/> 8月 <input type="checkbox"/> 9月 <input type="checkbox"/> 10月 <input type="checkbox"/> 11月 <input type="checkbox"/> 12月<br>训练总时长_____月。   |    |       |    |      |      |  |
| 康复效果评估   | 康复训练效果: <input type="checkbox"/> 显效 <input type="checkbox"/> 有效 <input type="checkbox"/> 无效<br>参加社会融入活动每年不少于4次: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>家长培训: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>家长对儿童康复训练的知情满意度: <input type="checkbox"/> 满意 <input type="checkbox"/> 基本满意 <input type="checkbox"/> 不满意<br>家长对机构工作的满意度: <input type="checkbox"/> 满意 <input type="checkbox"/> 基本满意 <input type="checkbox"/> 不满意<br>是否进入幼儿园、小学就读: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |    |       |    |      |      |  |
| 机构对儿童训练情况评价  |   |    |       |    |      |      |  |
| 对以上所提供信息确认无误,如有不实,愿承担相应责任。<br>康复机构负责人签字: _____ 家长签字: _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 |   |    |       |    |      |      |  |

备注:此表申请项目补助和训练生活补贴,每半年申请提供一次,需真实反映儿童在训情况,由家长和在不训康复机构共同填写完整,机构负责人签字并盖章确认。



附件 6

沙坪坝区残疾儿童康复救助经费结算表

( 年度 )

|  |   |        |                 |          |        |      |  |
|--|---|--------|-----------------|----------|--------|------|--|
| 姓名   |   | 性别     |                 | 民族       |        | 出生年月 |  |
| 身份证号   |   |        | 残疾人证号<br>(持证必填) |          |        |      |  |
| 家庭住址   |   |        |                 | 监护人姓名    |        | 联系电话 |  |
| 康复救助项目   |   |        |                 | 康复救助起止时间 |        |      |  |
| 保险报销、医疗救助情况  | <input type="checkbox"/> 城乡居民基本医疗保险：_____元<br><input type="checkbox"/> 大病保险：_____元<br><input type="checkbox"/> 医疗救助：_____元<br><input type="checkbox"/> 其他救助：_____元<br>合计：_____元 |        |                 |          |        |      |  |
| 发票总金额  | _____元  |        |                 | 申请补助金额   | _____元 |      |  |
| 工商银行持卡人姓名  |   | 工商银行卡号 |                 |          |        |      |  |
| 对以上所提供信息确认无误，如有不实，愿承担相应责任。<br><br><p style="text-align: right;">残疾儿童监护人签字：<br/>年 月 日</p>             |   |        |                 |          |        |      |  |
| 对以上所提供信息确认无误，如有不实，愿承担相应责任。<br><br><p style="text-align: right;">机构负责人签字（盖章）：<br/>联系电话：<br/>年 月 日</p> |   |        |                 |          |        |      |  |

备注：此表由定点康复机构与儿童监护人结算使用，填表说明：1.康复救助项目按本办法确定康复救助项目填写；2. 保险报销、医疗救助经费只填写在定点康复机构产生的与康复救助项目相同的费用，同时需附报销凭据；3. 总金额为残疾儿童在定点康复机构接受康复救助产生的合计费用；4. 总金额与保险报销、医疗救助经费之差高于康复救助标准，申请补助金额按核定标准填写；总金额与保险报销、医疗救助经费之差低于康复救助标准，申请补助金额据实填写。

附件 7

## 沙坪坝区残疾儿童康复救助登记汇总表

( 年度 )

\_\_\_\_\_镇、街残联（盖章）

| 序号 | 儿童姓名 | 性别 | 身份证号码 | 申请救助项目 |      |      | 发票总金额 | 工行持卡人姓名 | 工商银行卡号   | 联系电话 | 备注 |
|----|------|----|-------|--------|------|------|-------|---------|----------|------|----|
|    |      |    |       | 项目救助   | 矫形补贴 | 生活补贴 |       |         |          |      |    |
| 1  | XXX  | 女  | XXX   | √      |      |      | XXX 元 | XX      | XXXXXXXX |      | 异地 |
| 2  | XXX  | 女  | XXX   | √      |      | √    |       |         |          |      |    |
| 3  | XX   | 男  | XXX   |        | √    |      |       |         |          |      |    |
|    |      |    |       |        |      |      |       |         |          |      |    |
|    |      |    |       |        |      |      |       |         |          |      |    |

注：1.认真审核并填写残疾儿童申请救助项目及发票总金额。2.为方便统计汇总，登记时请使用 Excel 表格。

理事长签字：

审核人签字：

填表日期：