广州市残联关于落实本市户籍残疾儿童

异地康复救助待遇的通知

（征求意见稿）

为解决本市户籍残疾儿童在异地居住难以落实康复救助待遇的问题，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）、《广东省人民政府办公厅关于印发广东省残疾儿童康复救助实施办法的通知》（粤府办〔2018〕43号）、《转发中国残联办公厅关于进一步做好残疾儿童康复救助经办服务工作的通知》（粤残联函〔2021〕322号）、《广州市残疾人联合会 广州市财政局关于印发广州市残疾人康复经费管理办法的通知》（穗残联规字〔2021〕1号）和《广州市残疾人联合会 广州市卫生健康委员会 广州市财政局 关于印发推进广州市医疗康复项目纳入残疾人康复资助保障范围工作和残疾人签约家庭医生工作的通知》（穗残联规字〔2020〕2号）的有关规定，自文件印发之日起，符合我市残疾儿童康复救助政策条件的本市户籍残疾儿童在异地残疾儿童定点康复机构（下称“定点康复机构”）接受服务，但当地未实施居住证发放地康复救助待遇政策，按照我市残疾儿童康复救助标准落实康复救助待遇。现将有关事项通知如下：

一、异地康复救助项目、适应条件、救助标准

异地康复救助的救助内容、适应条件、救助标准按照见《广州市残疾儿童异地康复救助项目内容和标准一览表》（附件1）。

异地医疗机构类定点康复机构按照《广州市残疾人联合会 广州市卫生健康委员会 广州市财政局关于印发推进广州市医疗康复项目纳入残疾人康复资助保障范围工作和残疾人签约家庭医生工作的通知》（穗残联规字〔2020〕2号）规定在门诊开展的康复项目纳入异地康复救助范围。

二、服务流程

（一）申请

异地康复救助待遇依申请获得，未办理申请手续并通过审核的，不纳入康复救助范围。康复救助申请人或其照顾者通过“穗好办”APP、广东政务服务网填写有关信息并上传以下资料办理异地救助申请手续：

1.康复救助申请人证件照（近期）；

2.符合条件的医疗诊断结果资料（如需）；

3.申请人长期在异地居住、康复，期间未享受同类异地政府康复救助补贴的情况说明。（附件2）

（二）审核

街（镇）残联在3个工作日完成初审、区残联在收到街（镇）残联初审意见后的7个工作日内完成审核。审核时，应当重点了解申请人是否符合其居住地康复救助条件，如符合，应当要求其在居住地落实康复救助待遇。

区残联将审核结果通知申请人或其照顾者。经审核符合康复救助条件的，应纳入残疾人精准康复服务管理，并将有关的服务信息录入“全国残联信息化服务平台”；审核未通过的应当说明理由。

（三）服务

1.获得审核通过的康复救助申请人前往定点康复机构接受康复服务并垫付康复服务费用。

2.申请机构康复训练类服务的康复救助申请人或其代理人与定点康复机构签订个性化服务协议，协议需包含服务时间、频率、内容、价格和服务方式等。

三、报销流程

（一）个人发起申请

康复救助对象接受服务后，申请人或其照顾者在当年的11月30日前，前往户籍所在地的街（镇）残联提交以下资料办理救助补贴结算申请手续，逾期视为放弃康复救助待遇，其垫付的康复费用不能获得报销。

1.接受残疾矫治手术服务的康复救助对象提交资料：

（1）医疗机构开具的出院记录；

（2）医疗机构开具的收款票据原件；

（3）与收款票据相匹配的费用明细清单原件。

2.接受在医疗机构门诊开展的以治疗性康复为目的的医疗康复服务的康复救助对象提交资料：

（1）医疗机构以月为单位开具的收款票据原件；

（2）与收款票据相匹配的月度门诊医疗费用明细清单原件。

3.接受机构康复训练服务的康复救助对象提交资料:

（1）服务协议；

（2）定点康复机构以服务对象名义开具的以月为单位的服务发票原件；

（3）与发票月份相匹配的服务档案、服务记录：包括但不限于与发票对应月份的课程表、考勤记录、康复计划、康复小结等。

（二）审核

街（镇）残联在3个工作日完成初审、区残联在收到街（镇）残联初审意见后的7个工作日内完成审核。

（三）资金划拨

由区残联自行或委托第三方机构在40个工作日内完成票据整理、资金申请、资金划拨工作。到账时间以财政拨款时间为准。

（四）其他

在服务和结算过程中出现服务中断等特殊情况的结算方式，由区残联根据本地实际情况确定。

对于异地康复救助对象在救助期内户籍迁离本市的，于迁离当月起终止其异地康复救助待遇。已经享受异地康复救助待遇的救助对象,如居住地政策调整将其纳入当地康复救助体系的，从次月起终止其异地康复救助待遇。

四、定点康复机构认定和变更

（一）定点康复机构是指国家、社会或个人举办的，依法登记、符合条件并经有关监管部门认定的残疾儿童康复服务机构、医疗机构等，包括：

1.经中国残联、国家卫生健康部门认定的听力残疾儿童定点康复机构、定点医院；

2.通过广东省残疾儿童康复机构三级（含）以上等级评审的机构；

3.经广东省残联备案通过的省内定点康复机构；

4.广东省行政区域外、由县级以上地方残联组织会同卫生健康、教育、民政等部门确定的定点康复机构；

5.具备残疾矫治手术技术条件的医疗保险定点医疗机构（限残疾矫治手术类康复救助）。

（二）选择康复训练类服务的，同一资助年度内，只能在医疗机构或非医疗机构选择一类接受服务。如需要变更服务机构，须在首次选定的服务机构接受满3个月服务后方可申请变更，每个资助年度内可变更一次服务机构。

变更服务机构需要重新按照本通知的要求办理异地康复救助申请手续。未办理申请手续或审核不通过的，产生的康复服务费用不纳入救助报销范围。

五、项目管理要求

（一）残疾儿童异地康复救助工作是依托本市残疾人康复救助工作基础上开展，确保本市户籍异地康复的残疾儿童与在穗康复的残疾儿童享受同等康复救助待遇。

（二）各区残联重点做好异地康复救助对象的基本信息、服务信息核实和政策解释跟进工作，避免重复救助和虚假服务。一旦发现有受助人通过以弄虚作假手段或联合康复服务机构通过虚开结算票据骗取补贴资金的，由市、区残联负责收回其补贴资金，并将弄虚作假情形纳入公共信用管理系统，依法予以失信惩戒。

（三）异地康复救助经费由市和区按照财政体制规定的比例分担。

六、本通知自印发之日起施行，有效期至2026年1月20日。

附件：1.广州市残疾儿童异地康复救助项目内容和标准一览表

2. 情况说明（供参考）

广州市残疾人联合会

2022年 月 日

附件1

广州市残疾儿童异地康复救助项目内容和标准一览表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **资助项目** | **资助条件** | | | | | | **资助标准** | | | **服务实施 机构性质** |
| **年龄 要求** | **残疾等级** | **残疾类别** | **疾病诊断结果** | | **其他条件** | **补贴 上限** | **实施要求** | **实施时限** |
| **资质要求** | **内容要求** |
| 1-6岁残疾儿童人工耳蜗植入术资助 | 1-6岁 | 一、二级 | 听力残疾 | 无需 |  | 本办法印发之日起，（以手术日为准）接受人工耳蜗植入术，人工耳蜗费用按照《广州市医疗保障局关于将人工耳蜗纳入广州市社会医疗保险统筹基金支付范围的通知》（穗医保规字〔2020〕5号）的要求纳入社会医疗保险统筹基金支付范围。 | 1.5万元/人 | 提供一次性手术费用资助。 1.申请人为本市医疗救助对象、本市医疗救助购买服务救助对象的，手术费经社会医疗保险、医疗救助、医疗救助购买服务项目救助按规定报销后个人支付部分低于资助标准的，按个人实际支付费用给予资助。 2.申请人不属于本市医疗救助对象、本市医疗救助购买服务救助对象的，手术费经社会医疗保险按规定报销后个人支付部分低于资助标准的，按个人实际支付费用给予资助。 | 一次性资助。申请人在本办法有效期内享受上述残疾矫治手术康复资助待遇1次。本办法实施前已经享受过同类待遇的，不予资助。 | 符合条件的医疗机构 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **资助项目** | **资助条件** | | | | | | **资助标准** | | | **服务实施 机构性质** |
| **年龄要求** | **残疾等级** | **残疾类别** | **疾病诊断结果** | | **其他条件** | **补贴 上限** | **实施要求** | **实施时限** |
| **资质要求** | **内容要求** |
| 0-6岁残疾儿童肢体畸形矫治术资助 | 0-6岁 | 一至四级 | 肢体残疾 | 二级以上（含二级）公办医疗机构 | 诊断描述为肢体功能障碍并需要接受残疾矫治手术 | 本办法印发之日起，（以手术日为准）接受肢体畸形矫治术。《残疾人证》和《疾病诊断结果》二者有一项具备即可。 | 1万元/人 |  |  |  |
| 0-14岁听力语言残疾儿童康复训练资助 | 0-4岁 | 无需 | | 二级以上（含二级）公办医疗机构 | 诊断描述为双耳听觉功能障碍 | 无 | 1700元/月 | 资助资金当月累计，不滚存。 | 在符合要求的年龄段内每个资助年度资助12个月。 | 符合条件的医疗机构或非医疗机构 |
| 4-14岁 | 一至 四级 | 听力残疾 | 无需 | |
| 0-14岁低视力残疾儿童康复训练资助 | 0-14岁 | 三、 四级 | 视力残疾 | 二级以上（含二级）公办医疗机构 | 诊断描述为具有弱视等低视力障碍 | 《残疾人证》和《疾病诊断结果》二者有一项符合即可 | 1200元/月 | 在符合要求的年龄段内每个资助年度资助12个月。最长资助期为72个月。 | 符合条件的医疗机构 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **资助项目** | **资助条件** | | | | | | | **资助标准** | | | **服务实施 机构性质** |
| **年龄 要求** | **残疾等级** | | **残疾类别** | **疾病诊断结果** | | **其他条件** | **补贴 上限** | **实施要求** | **实施时限** |
| **资质要求** | **内容要求** |
| 0-17岁智力残疾儿童康复训练资助 | 0-6岁 | 无需 | | | 二级以上（含二级）公办医疗机构 | 诊断描述为智力障碍 | 无 | 1700元/月 | 资助资金当月累计，不滚存。 | 在符合要求的年龄段内每个资助年度资助12个月。 | 符合条件的医疗机构或非医疗机构 |
| 7-14岁 | 一至 四级 | 智力残疾 | | 无需 | |
| 15-17岁 | 符合条件的医疗机构 |
| 0-17岁孤独症谱系障碍儿童康复训练资助 | 0-6岁 | 无需 | | | 三级以上（含三级）公办医疗机构 | 诊断描述为孤独症谱系障碍 | 无 | 符合条件的医疗机构或非医疗机构 |
| 7-14岁 | 一至 四级 | 智力残疾或精神残疾 | | 三级以上（含三级）公办医疗机构 | 诊断描述为孤独症谱系障碍 | 《残疾人证》和《疾病诊断结果》二者须同时具备。 |
| 15-17岁 | 符合条件的医疗机构 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **资助项目** | **资助条件** | | | | | | | **资助标准** | | | **服务实施 机构性质** |
| **年龄 要求** | **残疾等级** | | **残疾类别** | **疾病诊断结果** | | **其他条件** | **补贴 上限** | **实施要求** | **实施时限** |
| **资质要求** | **内容要求** |
| 肢体残疾康复训练资助 | 0-6岁 | 无需 | | | 二级以上（含二级）公办医疗机构 | 诊断描述为肢体功能障碍或脑瘫。 | 无 | 1700元/月 | 资助资金当月累计，不滚存。 | 在符合要求的年龄段内每个资助年度资助12个月。 | 符合条件的医疗机构 |
| 7-14岁 | 一至 四级 | 肢体残疾 | | 无需 | |
| 14-17岁 | 1.患有偏瘫、截瘫、骨关节疾病五年内； 2.接受残疾矫治手术后两年内有康复训练需求；  3.外伤致残两年内。 | 1.每个资助年度资助12个月。最长资助期为36个月。 2.14岁以上接受肢体残疾康复训练资助期满的残疾人，如再次发生中风、截瘫、骨关节疾病、外伤和进行残疾矫治手术情况，有康复需求的，可以再次申请在医疗机构开展的肢体残疾康复服务资助，资助期限为36个月。累计资助满72个月的，不再予以资助。 |

**有关说明：**

1.关于年龄的说明：

1-6岁指截至申请康复资助当年度的11月30日止年龄满一周岁，不满7周岁。

0-6岁指截至申请康复资助当年度的11月30日止年龄不满7周岁。

0-4岁指截至申请康复资助当年度的11月30日止年龄不满5周岁。

0-14岁指截至申请康复资助当年度的11月30日止年龄不满15周岁。

14岁以上指截至申请康复资助当年度的11月30日止年龄已满15周岁。

0-17岁指截至申请康复资助当年度的11月30日止年龄不满18周岁。

2.关于出具疾病诊断结果机构的说明：

有关机构应在本市或居住地行政区划范围内。

3.关于疾病诊断结果形式的说明：

疾病诊断结果应当由医师签字并加盖医师执业所在医疗机构的诊断专用章。

附件2

情况说明（供参考）

（申请人姓名）（身份证号码： ）长期在××市××区居住，居住地址： ，于××年××月××日至××年××月××日在由××部门确定的残疾儿童定点康复机构：××（机构名称）进行××康复（康复服务项目），异地康复期间未在当地享受同类政府康复救助待遇。

本人承诺以上情况属实，如有虚假，所产生的一切经济损失和法律责任由本人承担。

本人已知晓广州市残疾人异地康复救助项目、适应条件、救助标准和申办流程，接受审核部门遵照有关政策出具的审核意见。

本人愿意配合审核部门进行真实性核查，愿意协助提供当地县（区）级残疾人联合会和定点康复机构联系方式以备核查：

1.当地残联联系方式：名称：××县（区）级残疾人联合会，地址： ，联系电话： 。

2.服务机构联系方式：机构名称： ，地址： ，联系人： ，联系电话： 。

附：有关材料

说明人：

与申请人关系：

日期：

备注：康复服务项目可填写：1-6岁残疾儿童人工耳蜗植入术、0-6岁残疾儿童肢体畸形矫治术、0-14岁听力语言残疾儿童康复训练、0-14岁低视力残疾儿童康复训练、0-17岁智力残疾儿童康复训练、0-17岁孤独症谱系障碍儿童康复训练、肢体残疾康复训练之一。