附件1

曲靖经开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 | □视力 □ 听力 □ 言语 □肢体 □智力 □精神 (多重残疾可多选) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 残疾程度 | □一级 □二级 □ 三级 □ 四级 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 □建档立卡贫困户  □ 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) 家庭  □ 深度困难职工家庭 □相对困难职工家庭 | | | | | | | | | | | | | | | 信息  比对 | | | 签字 (公章 ) | | | | | | |
| 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 | | | | | | □康复训练  □ 辅助器具 | | | | □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 | 残疾儿童康复救助申请知情同意书  1.残联及康复机构对所有申请信息保密。 2.救助对象为具有经开区户籍的视力、听力、言语、肢体、智力等残疾儿童和孤独症儿童。  3.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) 家庭；深度困难职工家庭、相对困 难职工家庭等。  4. 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。  5.本申请表的递交并不代表已经获准得到康复救助。  6.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。 7. 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。 8.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)   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 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 | □康复训练  □ 辅助器具 | □康复训练  □ 辅助器具 |   2.鉴定意见：  鉴定机构 (公章)  鉴定人签字：  日期： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 残联审批 意见 | 1.批准救助项目 (若有多项需求，请说明先后顺序) | | | | | | | | |
|  | 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 | □康复训练  □ 辅助器具 | □康复训练  □ 辅助器具 |
| 备 注 |  |  |  |  |  |  |
| 机 构 |  |  |  |  |  |  |
| 结 算 方 式 |  |  |  |  |  |  |
| 乡 (镇、街道) 党群服务中心审核意见：  经审核，该救助对象 救助条件， 救助。  审核人 (公章)  年 月 日 | | | | | 县残联审批意见：  审批人 (公章)  年 月 日 | | | |

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) 后交乡 (镇、街道) 党群服务中心审核、 县残联审批，一式两份，一份由县级残联留存备查，一份由康复机构存入受助儿童档案。

2.县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。

3.受助儿童及监护人身份证复印件和机构鉴定证明由县残联留存备查。

4.持证的残疾儿童必须填残疾证号，无证的填身份证号。

5.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

曲靖经开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 | | | |  | | | | | 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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 有残疾证的须填 写此项 | |
| 残疾程度 | □一级 □二级 □三级 □四级 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | |
| 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 | 诊断结果：  诊断机构：    康复现状：□机构康复 □家庭康复 □ 未接受康复 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

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

曲靖经开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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | |
| 康复训练 | 训练起止时间： 年月至 年 月    参加社会融入活动 次  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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 机构负责人签字：  年 月 日 | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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： | | | |
| 县残联审核 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、经开区残疾儿童康复救助申请审批表、经开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。