2020年度张店区残疾儿童康复救助

申请工作的通知

各镇、办事处残联：

根据《淄博市人民政府关于印发淄博市残疾儿童康复救助实施办法的通知》（淄政发[2018]29号）的文件要求，将全面开展张店区2020年度残疾儿童康复救助申请工作，请各镇、办事处残联工作人员做好各项工作。

一、救助申请流程

由残疾儿童监护人到各镇（办事处）残联提出康复申请，领取《残疾人精准康复服务申请审核表》。残疾儿童监护人持《申请表》带残疾儿童到定点评估医院（淄博市妇幼保健院或淄博市中西医结合医院）进行康复评估。评估通过后，残疾儿童监护人持《残疾人精准康复服务申请审核表》、三甲以上医院开具的诊断证明、经定点评估机构出具的康复评估报告、户口本（或居住证）复印件、监护人身份证复印件，所有这些材料一式两份，上报至各镇、办事处残联。

各镇、办残联收到残疾人上报的申请材料后，对申请材料进行审核、汇总、分类。审核通过后，各镇、办残联将所有申请资料、汇总表上报至张店区残联康复科，区残联审核通过后，将残疾儿童输送至定点康复机构进行康复训练。

二、定点机构选择

根据最新公布的《山东省残疾儿童康复救助定点服务机构信息表》中的机构为准，未经审批的机构不准申请，在机构选择上原则上不得跨市申请救助。

各镇、办事处残联汇总上报时，要将集中康复和“社区+机构+家庭”康复进行区分，对10-17岁申请救助的残疾儿童，要备注其曾经接受的救助时间。

附件1：残疾人精准康复服务申请审核表（2020年度）

附件2：残疾儿童康复救助汇总表（各类）

张店区残联康复科

2019年12月5日

残疾人精准康复服务申请审核表

（2020年度）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | 民族 |  | | 出生年月 | |  |
| 身份证号 |  | | | 残疾人证号  （持证必填） | |  | | | | |
| 残疾类别 | 视力□听力□肢体□智力□精神□（多重残疾可多选） | | | | | | | | | |
| 残疾等级 | 一级□二级□三级□四级□未定级□ | | | | | | | | | |
| 家庭住址 |  | | | 监护人 |  | | 联系电话 | |  | |
| 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 | | | | | | | | | |
| 残疾人或监护人提出的康复需求 |  | | | | | | | | | |
| 残疾人或监护人申请的康复项目 | 申请人：  （按本地精准康复服务基本目录填写） 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 康复需求情况  初筛结果 |  | | | | | | 服务走 向转介 | |  | |
| 残疾人或监护人对初筛结果**确认签字** | 年 月 日 | | 社区精准康复服务小组或社区康复协调员**初筛签字** | | | | 签字：  （公章）  年 月 日 | | | |
| 康复需求评估情况 | 康复评估机构公章  年 月 日  （亦可附评估机构出具的“康复需求评估意见”） | | | | | | | | | |
| 乡镇（街道）残联初审  意见 | 审核人：  公 章  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 县（市、区）  残联审核  确认意见 | 审核人：  公 章  年 月 日 | | | | | | | | | |

**（背面）**

**填表说明：**

1.本表为精准康复服务入户筛查信息登记与精准康复服务申请两种功能合一的表格，用于为每位在专项调查中提出康复需求的残疾人建立筛查或服务档案。

2.本表一式两份，由残联留存1份，定点康复机构存入康复档案1份。

3.本表上半部分为精准康复服务入户信息登记表，由精准康复服务小组填写，由精准康复服务小组对“残疾人提出的需求”进行初筛后，“初筛结果”分为需求明确、不能确定或无需求，无论何种结果均需由残疾人或监护人签字确认。

a)对于需求明确的，由精准康复服务小组与残疾人协商，填写转介服务机构，同时完成下面一些列审核表格。

b)对于不能确定康复需求的，“服务转介走向”填写相应的康复评估机构，由评估机构出具意见，根据评估意见情况完成下面一些列审核表格。

c)对于经初筛后无康复需求的，由残疾人或监护人签字确认，本年度服务即到此终止，不再填写下面内容。

4.需求评估情况部分：对于康复需求明确的残疾人，可直接由精准康复服务小组填写评估意见即可；对不易确定康复需求的残疾人或残疾儿童初次康复申请者，需要由康复评估机构或有资质的专业医院评估其康复需求。

5.如果本表填写完成后，残疾人又有新的康复需求的，则重新填表申请。

6.评估机构出具的“康复需求评估意见”须加盖评估机构公章。

7.各地可根据实际情况在本表基础上适当修改，以便于更加简便实用。

附件：2

张店区岁残疾儿童康复救助汇总表（脑瘫）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 残疾证号码（或身份证号码） | 家庭住址 | 监护人 | 联系方式 | 机构 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

张店区岁残疾儿童康复救助汇总表（智力）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 残疾证号码 | 家庭住址 | 监护人 | 联系方式 | 机构 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

张店区岁残疾儿童康复救助汇总表（自闭症）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 残疾证号码 | 家庭住址 | 监护人 | 联系方式 | 机构 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

张店区岁残疾儿童康复救助汇总表（听力）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 残疾证号码 | 家庭住址 | 监护人 | 联系方式 | 机构 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

张店区岁残疾儿童康复救助汇总表（视力）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 残疾证号码 | 家庭住址 | 监护人 | 联系方式 | 机构 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |