**滑县残疾人联合会**

**滑 县 财 政 局**

**文件**

滑残联〔2020〕36号

**关于做好残疾儿童康复救助资金结算**

**实施意见**

各定点康复机构：

根据《河南省人民政府关于印发河南省残疾儿童康复救助实 施办法的通知》（豫政〔2018〕40号）和《安阳市人民政府办公室关于进一步做好残疾儿童康复救助工作的通知》（安政办〔2019〕23号）文件精神，为做好残疾儿童康复救助资金结算工作, 现将有关事宜通知如下：

一、结算原则

1、县残联、县财政局共同负责残疾儿童康复资金结算工作。前期由残联对定点机构及残疾儿童监护人申报各项救助资料内容进行审核把关，然后由财政局对相应定点康复机构及残疾儿童监护人进行结算。残疾儿童在具有医疗保险报销资质的定点机构进行康复，采取先进行医保报销，后进行结算的原则进行结算。在结算时，儿童康复费用超过救助标准，按照标准进行结算，低于救助标准的，据实结算。

2、享受听力、言语、肢体、智力、孤独症康复项目的儿童， 原则上每年训练不少于10个月，按照平均补助1600元/人/月， 原则上每年12月底前对机构进行结算，根据实际情况，结算周期为每季度或每半年结算一次。项目申请时间较晚，年底康复训练不满 10个月的儿童，按照实际救助时间进行补助，全年最高补助标准不超过16000元/人。中途放弃康复的残疾儿童按实际康复时间据实结算。享受视力残疾儿童功能训练，可以根据实际进行一次性结算，全年最高补助标准不超过1000 元/人。

3、人工耳蜗手术项目通过多重医疗保险政策按规定报销后， 对配置基本型人工耳蜗手术每人给予一次性补助12000元（含 人工耳蜗术后调机费）。对肢体矫治手术每人给予一次性补助 17200元（针对住院期间费用）。

4、辅助器具适配，其中助听器平均补助标准4800元/人（其中含2台全数字助听器，适配服务费1200元）。假肢、矫形器平均补助标准为5000元/人（其中材料费60％，适配服务费40%）。轮椅、坐姿椅、站立架、助行器、盲杖补助标准不超过1500元/人。

二、结算工作流程

1、定点机构申请：由定点机构持本机构实施的儿童康复项目申请表、训练档案、关于申请结算残疾儿童康复救助资金的报告（附件1）、残疾儿童康复救助资金结算个人明细表（附件2）、 残疾儿童康复救助定点机构资金审核结算汇总表（附件3）到县残联进行统一审核。

- 2 -

2、 审核：县残联对定点机构所提交的所有材料进行统一审核。同时，对机构所报残疾儿童康复情况进行电话抽查回访康复和报销等真实性。填写残疾儿童康复救助情况回访调查登记表（附件4 ）

3、 结算：县残联审核后，向财政部门提供相关资料，由财政局对定点机构进行结算。

经县残联批准到异地（包括上一级机构）的正规机构转介的残疾儿童，同样实行本结算办法。由儿童家长协助当地康复机构和县级残联对接，在结算时间内进行结算。也可以根据其提供的佐证资料（申请表、住院证、出院证、医疗住院票据等），并填写残疾儿童康复救助资金审核结算非当地定点机构个人申报表（附件5）,直接支付到监护人或康复机构账户。

三、具体要求

1、高度重视，精心组织。残疾儿童康复救助资金结算是贯彻落实国家、省、市残联儿童康复救助制度的一项具体惠残措施。要高度重视，精心组织、明确职责、强化措施、保障资金，严格把关，确保全县资金结算工作顺利进行。

2、 履职尽责，做好结算。残联严格按照资金结算工作流程和要求，组织结算审核工作组有关人员，针对定点康复机构提供的各项资料，进行认真审核，做好资金拨付的各项资料的填写。财政部门要加强残疾儿童康复救助资金保障工作，加强与残联的密切配合，做好资金结算拨付工作，确保我县残疾儿童康复救助资金结算工作按照规定要求落实到位。

3、严格把关，严明纪律。残疾儿童康复救助资金是保障残疾儿童康复的专项资金，相关部门要切实履职尽责，加强与残疾儿童康复救助内容的认真审核，严禁将救助资金用于残疾儿童康复以外的项目，要切实做到专款专用。如发现弄虚作假，套取、挪用等现象，将依法依纪严肃处理。

附件：1、关于申请结算残疾儿童康复救助资金的报告

2、滑县残疾儿童康复救助资金结算个人明细表

3、滑县残疾儿童康复救助定点机构资金审核结算汇总表

4、滑县残疾儿童康复救助情况回访调查登记表

5、滑县残疾儿童康复救助资金审核结算非当地定点机构个人申报表

滑县残疾人联合会 滑县财政局

 2020年12月14日

- 4 -

关于申请结算残疾儿童康复救助资金的报告

滑县残联:

按照滑县残疾儿童康复救助工作要求，我机构积极组织开 展残疾儿童康复服务工作。自 年 月起至 年 月 止，累计为 名残疾儿童提供了精准有效的康复训练服务（其中：视力康复 人，听力康复 人，言语康复 人，肢体 康复 人，智力康复 人，孤独症康复 人）。按照残疾儿童康复救助实行先医保报销后进行康复救助的要求，我机构对以上儿童康复报销情况进行了认真的审核和统计，并对报销后需要救助资金进行了认真审核和计算。通过审核统计，现需要拨付康复救助资金 万元（大写： ）。

请予审核拨付。

机构全称：

开户银行：

银行账号：

地址电话：

 定点机构（盖章）：

 年 月 日

编号：

滑县残疾儿童康复救助资金结算

个人明细表

定点机构名称（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 儿童姓名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 残疾等级 |  |
| 康复 项目 |  | 身份证号（残疾证号） |  |
| 家庭 住址 |  | 联系电话 |  |
| 康复救助结算情况 | 资金审核情况 | 儿童康复训练时间段： 年 月 日至 年 月 日费用总额： 元；医疗保险报销金额： 元；报销后剩余金额： 元。经定点康复机构审核，应补助金额：（小写） 元；（大写） 元定点机构审核人（签名）： 儿童家长（签名）： 年 月 日 |
| 票据粘贴处 |  |
| 备注 |  |

滑县残疾儿童康复救助定点机构资金审核结算汇总表

|  |
| --- |
| 定点机构名称（盖章）： 机构负责人（签字）： 残联审核人（签名）： |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 救助项目 | 监护人 | 联系电话 | 康复时间（ 月 日至 月 日） | 是否是建档立卡户或低保户 | 应救助金额（万元） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计金额：（小写） （大写） |

填表人： 申报时间： 年 月 日

注：此表由定点机构汇总填写，报县残联审核

附件**4**

滑县残疾儿童康复救助情况回访调查登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 儿童姓名 | 性别 | 年龄 | 家庭住址 | 联系电话 | 回访内容 | 回访人 | 回访时间 |
| 康复项 目是啥 | 康复时 间多长 | 是否知道救助政策 | 康复效果怎样 | 机构服务怎样 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件**5**

编号：

滑县残疾儿童康复救助资金审核结算

非当地定点机构个人申报表

机构名称（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 儿童姓名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 残疾等级 |  |
| 康复项目 |  | 身份证号（残疾证号） |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 康复救助结算情况 | 资金审核情况 | 儿童康复训练时间段： 年 月 日至 年 月 日费用总额： 元；医疗保险报销金额： 元；报销后剩余金额： 元。经定点康复机构审核，应补助金额：（小写） 元；（大写） 元残联资金结算审核人员签名： 申请人签名： 年 月 日儿 |
| 票据粘贴处 |  |
| 备注 |  |

注：此申请表由儿童家长（或监护人）填写，报县残联审核。