**滑县残疾人联合会**

**滑县卫生和计划生育委员会**

**滑县扶贫开发办公室**

**滑县人力资源和社会保障局**

**滑县民政局**

**滑县教育体育局**

文件

滑残联〔2017〕25号

关于印发《滑县残疾人精准康复服务行动

实施方案(2017－2020年)》的通知

各乡镇人民政府，产业集聚区管委会，县直各部门：

为贯彻落实河南省残疾人联合会、河南省卫生和计划生育委员会、河南省扶贫开发办公室、河南省人力资源和社会保障厅、河南省民政厅、河南省教育厅《关于印发<河南省残疾人精准康复服务行动实施方案（2016-2020）>的通知》（豫残联〔2016〕188号），做好我县残疾人精准康复服务行动工作，县残联、卫生计生委、扶贫办、人力资源社会保障局、民政局、教体局共同制定了《滑县残疾人精准康复服务行动实施方案（2017—2020年）》。现印发给你们，请认真贯彻执行。

滑县残疾人联合会        滑县卫生和计划生育委员会

  滑县 扶 贫 办          滑县人力资源和社会保障局

滑县 民 政 局          滑县教育体育局

                                    2017年7月31日

滑县残疾人精准康复服务行动实施方案

(2017－2020年)

为贯彻落实《中共中央国务院关于打赢脱贫攻坚战的决定》、《国务院关于加快推进残疾人小康进程的意见》（国发〔2015〕7号）、《中国残联 国家卫生计生委 国务院扶贫办关于印发残疾人精准康复服务行动实施方案的通知》（残联发〔2016〕27号）、《河南省人民政府办公厅关于印发滑县“十三五”加快残疾人小康进程的通知》（豫政办〔2016〕207号）和河南省残疾人联合会、河南省卫生和计划生育委员会、河南省扶贫开发办公室、河南省人力资源和社会保障厅、河南省民政厅、河南省教育厅《关于印发<河南省残疾人精准康复服务行动实施方案（2016-2020年）>的通知》（豫残联〔2016〕188号），做好我县残疾人精准康复服务行动工作，实现残疾人普遍享有基本康复服务，制定本实施方案。

一、任务目标

到2020年底，有需求的残疾儿童和持证残疾人接受基本康复服务的比例达80%以上。

二、工作体系

（一）组织管理体系

在县政府统一领导下，残联、卫生计生、扶贫办、人力资源社会保障、教育、民政等相关部门协调行动，负责制定残疾人精准康复服务行动工作方案，做好工作部署，筹集并统筹使用相关经费，开展督导检查、技术培训、宣传等工作。

（二）技术指导体系

县残联会同县卫生计生委、人力资源社会保障局等相关部门建立县级残疾人精准康复服务专家技术指导组，负责制定本地残疾人基本康复服务目录、确定定点康复评估机构和康复服务机构提供技术支持；开展技术培训、指导和成效评估。

（三）精准康复服务小组

每个村（社区）须配备一名社区康复协调员，与卫生计生部门确定的村（社区）医生共同组成残疾人精准康复服务小组。

三、工作措施

（一）制定基本康复服务目录和补贴标准

在全省《河南省残疾人基本康复服务目录》基础上，结合我县实际，统筹中央财政资金、省级残疾人康复专项资金和其他部门相关的医疗项目资金，制定《滑县残疾人基本康复服务目录》（见附件1），明确各服务项目内容、支付方式和补贴标准。

（二）确定定点康复评估机构和康复服务机构

**1．确定定点康复评估机构。**依据上级制定的一、二级康复评估机构准入标准，县残联会同县卫生计生、人力资源社会保障部门确定辖区内符合条件的医疗卫生机构、残疾人康复机构等作为一级康复评估机构。对一级康复评估机构不具备评估能力的项目，由县残联会同县卫生计生部门、人力资源社会保障部门确定符合条件的省级、市级机构作为二级康复评估机构。确保基本康复服务项目中设置的每一个服务项目都有对应的定点康复评估机构。

**2．确定定点康复服务机构。按照**各类定点康复服务机构准入标准，县残联会同县卫生计生、人力资源社会保障等部门共同确定辖区内定点康复服务机构，确保每个康复服务项目都有相应的定点康复服务机构。

定点康复评估机构和服务机构应就近就便选择，优先纳入具备条件的基层医疗卫生机构、社区康复服务机构。

（三）开展康复服务

**1.入户。**残疾人精准康复服务小组成员采取入户或集中访问的方式，对照《滑县残疾人基本康复服务目录》对残疾人康复需求进行初步评估，对有康复需求的残疾人发放《残疾人精准康复服务手册》（见附件2）。对于康复需求明确的残疾人，可直接转介至康复服务机构；对于不能确定康复需求的残疾人，将其转介至一级评估机构。

**2.评估。**需要进一步评估的残疾人，持《残疾人精准康复服务手册》到县确定的一级康复评估机构接受评估。一级康复评估机构对残疾人实施康复需求评估后，按照评估结果选择康复服务项目，提出转介意见，并填写《残疾人精准康复服务手册》。对一级康复评估机构不具备评估能力的项目，由二级康复评估机构进行评估，并根据评估结果选择康复服务项目，提出转介意见，填写《残疾人精准康复服务手册》。对于行动不便的残疾人，可由县残联组织康复评估机构入户或集中对残疾人进行评估。

**3.申请服务卡。**接受评估后的残疾人或其监护人依据评估机构转介意见，填写《残疾人精准康复服务申请审批表》（见附件3），向县残联申请残疾人康复服务补助，县残联根据省下达的残疾人康复服务项目任务指标和残疾人家庭经济状况，审核确定补助额度（免费或定额补助），发放《残疾人精准康复服务卡》（见附件4）。

**4.实施康复服务。**残疾人持《残疾人精准康复服务手册》、《残疾人精准康复服务卡》到定点康复服务机构接受康复服务。定点康复服务机构为残疾人制定个性化康复服务方案，建立康复服务档案，依据《残疾人基本康复服务目录》，为残疾人提供基本康复服务。

**5.费用结算。**已纳入城乡居民基本医疗保险、大病保险、医疗救助范围以及列入政府相关部门医疗救助工程的康复服务项目，由基本医疗保险、大病保险、医疗救助或政府相关部门项目资金先行结算，残疾人自负部分根据残疾人康复资金状况确定补助标准。未纳入基本医疗保险支付范围、政府部门医疗救助工程的康复服务项目，统一招标的，在残疾人确认接受康复服务后，由县残联与定点康复服务机构直接进行结算；其他康复服务项目，由定点康复机构凭康复服务卡和相关服务证明，与县残联进行结算；实行定额补助的，由残疾人垫付相关费用，康复服务机构出具发票，残疾人凭发票和相关服务证明到当地残联报销费用。

（四）信息报送与管理

各乡镇残联按要求组织社区康复协调员定期汇总残疾人接受康复服务情况，填写《残疾人康复需求和康复服务情况汇总表》（见附件5），由县残联汇总，并将相关信息录入残疾人康复台账和残疾人精准康复服务数据库。省残联康复部对数据库信息进行审核后报送中国残联康复部。

四、工作要求

（一）加强组织领导

各乡镇要高度重视残疾人精准康复服务工作，按照实施方案，精心组织，将残疾人精准康复服务行动纳入脱贫攻坚、深化医药卫生体制改革、健康扶贫等协调实施，优先对农村建档立卡贫困残疾人提供基本康复服务，确保精准康复服务落实到位。

（二）加大投入力度

建立康复服务资金稳定持续投入机制。县政府根据残疾人康复需求，相应安排残疾人精准康复专项经费，纳入本级财政预算，用于补贴残疾人基本康复服务。

（三）加强人员培训

要加强对残联、卫生计生、人力资源社会保障等部门以及定点康复评估机构、康复服务机构管理人员的工作培训，重点做好残疾人精准康复服务小组成员培训，使其熟练掌握主要服务流程、康复政策信息和基本康复知识。县级卫生计生部门、医疗卫生机构要支持定点康复机构医务人员定期参加残疾人康复业务和继续教育培训，充分发挥基层医疗卫生机构和人员在残疾人社区康复中的作用。

（四）加强规范管理

加强各级各类定点机构的管理，依据精准康复服务行动定点机构准入标准、服务规范，合理确定各类定点康复评估机构和康复服务机构。要健全完善各项手续及管理制度，签订机构服务协议，明确服务标准，建立定期考评制度，完善定点机构的退出制度，确保服务质量，激发服务活力。要加强残疾人康复信息数据的安全保密工作，严格按照规定程序办理调取和提供信息。

（五）加强宣传引导

要充分利用报纸、广播、电视等传统媒体和新媒体，大力宣传残疾人精准康复服务行动的主要目标、具体措施及相关政策，普及残疾人康复知识，营造全社会关心残疾人康复的良好氛围。

五、督导检查

建立精准康复服务督导检查制度。各相关部门要定期对残疾人精准康复服务行动工作进行自查。各相关部门每年组织专家，做好机构抽查和服务行动考核等工作。在督查中总结经验，并定期上报。

2020年，依据省“十三五”残疾人精准康复服务行动工作总结评估要求进行总结评估工作。

六、经费管理

残疾人精准康复服务资金实行专项管理，严格按照规定用途使用，定期组织自查。专项资金支出属于政府采购范围的，按照政府采购有关规定执行。专项资金支付管理，要按照财政国库管理制度有关规定，依据残疾人精准康复服务费用结算有关要求，及时向康复服务机构拨付经费。

附件：1.滑县残疾人基本康复服务目录

2.滑县残疾人精准康复服务手册

3.滑县残疾人精准服务申请审批表

4.滑县残疾人精准服务卡

5.滑县残疾人康复需求和康复服务情况汇总表

6.滑县残疾人精准康复服务工作流程图

附件1

滑县残疾人基本康复服务目录

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **残疾类别** | **服务对象** | **服务项目** | **服务内容及标准** | | **支付方式** |
| 视力残疾 | 盲人 | 辅助器具适配及服务 | 盲杖。每3年评估调换1次。 | | 康复专项/自费 |
| 定向行走及适应训练 | 功能评估；定向技能及行走训练，每周1次，每次2小时，训练时间不少于2个月；社会适应能力训练，每周1次，每次2小时，训练时间不少于2个月。 | | 康复专项/自费 |
| 支持性服务 | 中途盲者心理疏导，盲后半年内，每月不少于1次。 | | 康复专项/自费 |
| 低视力者 | 辅助器具适配及服务※ | 基本型远距离助视器、近距离助视器；助视器适应性训练。 每年评估1次，视情况予以调换。 | | 康复专项/自费 |
| 视功能训练 | 功能评估；视觉基本技能训练（含固定注视、定位注视、视觉跟踪与追踪、视觉搜寻训练），训练时间不少于1个月。 | | 康复专项/自费 |
| 听力残疾 | 0-6岁儿童 | 人工耳蜗植入手术及服务※ | 1.植入人工耳蜗。标准参见《人工耳蜗植入工作指南（2013年版）》（中华医学会编著）。 2.佩戴人工耳蜗；第一年调机不少于3次，之后每年调机不少于1次。 | | 医疗救助/康复专项/自费 |
| 助听器适配及服务※ | 1.助听器。双耳配戴；每年助听器调试不少于2次。 2.助听器辅助材料。耳模，每半年评估1次。电池，每日自行评估。根据评估结果更换耳模、电池。 | | 医疗救助/康复专项/自费 |
| 听觉言语功能训练 | 功能评估，至少提供2次听觉、言语康复能力评估(术前或适配前1次,术后或适配后1次)；康复训练，根据评估结果，每年训练时间不少于10个月,全日制康复训练每天单训不少于30分钟，小年龄及入普幼等非全日制康复训练的儿童，每周单训不少于3次，每次不少于1小时。 | | 康复专项/自费 |
| 听力残疾 | 0-6岁儿童 | 支持性服务 | 儿童家长康复指导、心理辅导、康复咨询等服务。每年家长康复指导不少于10个月，每月至少服务2次，每次不少于30分钟。 | | 康复专项/自费 |
| 7-17岁儿童 | 辅助器具适配及适应训练 | 助听器，双耳配戴，适配后第一年助听调试不少于2次，之后每年助听调试不少于1次；助听器适应性训练，训练时间不少于1个月，每周至少服务1次，每次不少于30分钟。 | | 康复专项/自费 |
| 支持性服务 | 家长康复指导、心理辅导、康复咨询等服务，每半年至少1次，每次不少于30分钟。 | | 康复专项/自费 |
| 成人 | 辅助器具适配及适应训练 | 助听器，至少1耳配戴助听器，适配后第一年助听调试不少于2次，之后每年助听调试不少于1次；助听器适应性训练，训练时间不少于1个月，每周至少服务1次，每次不少于30分钟。 | | 康复专项/自费 |
| 肢体残疾 | 0-6岁儿童 | 矫治手术※ | 先天性马蹄内翻足等足畸形、小儿麻痹后遗症、脑瘫导致严重痉挛、肌腱挛缩、关节畸形及脱位、脊柱裂导致下肢畸形等矫治手术。标准参见《临床诊疗指南-小儿外科学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社）、《临床技术操作规范-小儿外科学分册》（中华医学会编著，人民军医出版社） | | 医疗救助/康复专项/自费 |
| 辅助器具适配及服务 | 根据评估结果选择适配基本型假肢、矫形器、支具、轮椅、助行器具、坐姿椅、站立架等辅助器具，提供使用指导；每半年评估1次，必要时更换。 | | 康复专项/自费 |
| 运动及适应训练 | 功能评估（含运动功能、语言、日常生活、社会参与能力等）；康复训练，包括维持关节活动度、增强肌力、语言训练、日常生活能力训练、社会参与能力训练等，根据评估结果，每年训练时间不少于10个月,全日制康复训练每天单训不少于30分钟，小年龄及入普幼等非全日制康复训练的儿童，每周单训不少于3次，每次不少于1小时。 | | 康复专项/自费 |
| 支持性服务 | 儿童家长康复知识培训、心理辅导、康复咨询与指导等服务。每年家长康复指导不少于10个月，每月至少服务2次，每次不少于30分钟。 | | 康复专项/自费 |
| 肢体残疾 | 7-17岁儿童及成人 | 辅助器具适配及服务 | 根据评估结果选择适配基本型假肢、矫形器、支具、轮椅、助行器具、生活自助具等辅助器具，提供使用指导；每3年评估1次，必要时更换（7-17岁儿童每年评估1次）。 | | 康复专项/自费 |
| 康复治疗及训练 | 功能评估（含运动功能、认知能力、日常生活、社会参与能力等）；康复治疗及训练，包括运动疗法、作业疗法、肢体综合训练、认知训练等，每月训练不少于1次，每次30分钟。 | | 康复专项/自费 |
| 支持性服务 | 重度肢体残疾人日间照料、长期护理、居家护理等服务。 | | 康复专项/自费 |
| 智力残疾 | 0-6岁儿童 | 认知及适应训练 | 功能评估（含认知、生活自理和社会适应能力等）；康复训练，包括认知、生活自理和社会适应能力训练等，根据评估结果，每年训练时间不少于10个月,全日制康复训练每天单训不少于30分钟，小年龄及入普幼等非全日制康复训练的儿童，每周单训不少于3次，每次不少于1小时。 | | 康复专项/自费 |
| 支持性服务 | 儿童家长康复知识培训、心理辅导、康复咨询与指导等服务。每年家长康复指导不少于10个月，每月至少服务2次，每次不少于30分钟。 | | 康复专项/自费 |
| 智力残疾 | 7-17岁儿童及成人 | 认知及适应训练 | 功能评估（含认知、生活自理和社会适应能力等）；康复训练，包括认知、生活自理、职业康复训练和社会适应能力训练等，每月不少于1次，每次不少于30分钟。 | | 康复专项/自费 |
| 支持性服务 | 重度智力残疾人日间照料、长期护理、居家护理等服务。 | | 康复专项/自费 |
| 精神残疾 | 0-6岁 孤独症儿童 | 沟通及适应训练 | 功能评估（含言语沟通、社交能力、生活自理等）；康复训练，包括言语沟通、 社交能力、生活自理能力等，根据评估结果，每年训练时间不少于10个月,全日制康复训练每天单训不少于30分钟，小年龄及入普幼等非全日制康复训练的儿童，每周单训不少于3次，每次不少于1小时。 | | 康复专项/自费 |
| 支持性服务 | 儿童家长康复知识培训、心理辅导、康复咨询与指导等服务。每年家长康复指导不少于10个月，每月至少服务2次，每次不少于30分钟。 | | 康复专项/自费 |
| 精神残疾 | 7-17岁 孤独症儿童 | 沟通及适应训练 | 功能评估（含言语沟通、情绪和行为、社交能力、生活自理等）；康复训练，包括言语沟通、情绪和行为、社交能力、生活自理能力等，根据评估结果，每月不少于1次，每次不少于30分钟。 | | 康复专项/自费 |
| 支持性服务 | 儿童家长康复知识培训、心理辅导、康复咨询与指导等服务，每半年至少1次，每次不少于30分钟。 | | 康复专项/自费 |
| 成年 精神残疾人 | 精神疾病治疗 | | 精神病治疗基本药物；重症急性期患者住院治疗。标准参见《临床诊疗指南-精神病学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社） | 医疗救助/自费 |
| 精神障碍作业疗法 训练 | | 功能评估（含生活自理、社会交往、体能等）；作业疗法训练，包括日常生活活动（ADL）训练、家务活动训练等，每月不少于1次， 每次训练不少于30分钟。 | 康复专项/自费 |
| 支持性服务 | | 生活自理、心理疏导、日间照料、工（娱）疗、农疗、职业康复等服务；每月随访1次。 | 康复专项/自费 |

注：

1. 目录中已纳入城乡居民和城镇职工基本医疗保险保障范围的项目，应通过基本医疗保险、大病保险、医疗救助等资金支付。
2. 残疾人康复专项资金优先保障残疾儿童和贫困残疾人接受基本康复服务，补贴比例及标准由各省（区、市）根据实际情况确定。
3. 标注“※”的服务项目必须配套提供其他相应服务才能视为获得康复服务，低视力者适配助视器后须提供视功能训练，0-6岁听力残疾儿童适配人工耳蜗或助听器后须提供听觉言语功能训练，0-6岁肢体残疾儿童接受矫治手术后须提供运动及适应训练和必要的辅助器具。

附件2

滑县残疾人精准康复服务手册

|  |
| --- |
| 300426_副本  滑县残疾人精准康复  服  务  手  册 |

封面

|  |
| --- |
| 小二寸  彩照 |

封二

**服务手册使用说明**

1.本手册包括残疾人基本信息、康复需求评估与转介记录和康复服务情况记录。

2.本手册由残疾人或其监护人妥善保管，不得转借他人，遗失请及时补办。

滑县残疾人联合会（盖章）

第一面：

残疾人基本情况信息

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | |
| 民族 |  | | 电话 |  | |
| 家庭住址 |  | | | | |
| 监护人姓名 |  | 电话 |  | 与残疾人关系 |  |
| 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□ | | | | |
| 身份证号码 |  | | | | |
| 残疾人证号码（持证必填） |  | | | | |

注：1.本页由社区康复协调员填写；

2.非持证残疾儿童可不填写残疾人证号码。

第二页至第六页：

康复需求评估与转介记录

|  |
| --- |
| 康复需求：  是否需要转介：是□ 否□  转介至： （机构）  （机构）  评估机构名称：  评估人： 评估时间： 年 月 日 |

注：1.“康复需求”参照《滑县残疾人基本康复服务目录》中的服务项目填写；

2.“转介至（机构）”依据滑县确定的残疾人精准康复定点评估机构和康复机构填写相应的机构名称；

3.本页由评估机构填写。

第七页至第十六页

**康复服务情况记录**

|  |
| --- |
| 服务项目：  服务频次：  服务周期： 年 月 日至 年 月 日  服务机构名称：  服务人员签字： 残疾人或监护人签字：  日期： 年 月 日 |

注：1.“服务项目”：参照《滑县残疾人基本康复服务目录》中的服务项目填写；

2.“服务频次”：指残疾人实际接受服务的频率及每次服务持续的时间；“服务周期”：残疾人接受“服务项目”所注明服务的实际起止时间；

3.本页由康复服务机构填写，残疾人或监护人在其接受服务后须在相应栏签字确认。

附件3

滑县残疾人精准康复服务申请审批表

（ 年度 ）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | |  | 民族 | |  | 出生年月 | | |  |
| 身份证号码 |  | | | 残疾人证号码（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 |  | | 监护人姓名 | | |  | | | 联系电话 |  | |
| 家庭经济状况 | □家庭人均收入低于当地城乡最低生活保障线  □家庭经济困难 | | | | | | | | 户口类别 | □农业户  □非农业户 | |
| 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  □享受医疗救助 □享受其他保险 □无医疗保险 | | | | | | | | | | |
| 康复需求项目 | （附评估机构出具的“康复需求评估意见”） | | | | | | | | | | |
| 残疾人或监护人申请 | 申请人：  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 社区（村）  委会意见 | 审核人：  公 章  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 乡镇（街道）  政府意见 | 审核人：  公 章  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 县残联  审批意见 | 审核人：  公 章  年 月 日 | | | | | | | | | | |

填表说明：

1.此表由残疾人或监护人填写，经社区康复协调员逐级审核上报至县残联，由县残联审批并留存；

2.“康复需求项目”栏依据评估机构出具的“康复需求评估意见”填写。评估机构出具的“康复需求评估意见”需加盖评估机构公章。

附件4

滑县残疾人精准康复服务卡

正面：

|  |
| --- |
| 残疾人精准康复服务卡  姓名  身份证号码或残疾人证号码： |

背面：

|  |
| --- |
| 康复服务项目：  定点康复机构：    补贴方式：免费□ 定额补助□ 其他□    滑县残疾人联合会（盖章） |

附件5

**滑县残疾人康复需求和康复服务情况汇总表**

（ 年度）

乡镇 社区（村）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓 名** | **性别** | **家庭住址** | **身份证号码（必填）** | **残疾人证号码** | **联系电话** | **康复需求**  **情况** | **康复服务情况** | |
| **得到康复服务项目** | **康复机构名称** |
| 1 |  |  |  |  |  |  | 有□无□ |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  | 有□无□ |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  | 有□无□ |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  | 有□无□ |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  | 有□无□ |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  | 有□无□ |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  | 有□无□ |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  | 有□无□ |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  | 有□无□ |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  | 有□无□ |  |  |

填表人： 填表日期： 年 月 日

注：1、此表由社区康复协调员填写。

2、“得到康复服务项目”依照《河南省残疾人基本康复服务目录》填写。项目如下：

**视力残疾：**

盲人：白内障复明手术、盲杖及其他辅助器具、盲人定向行走及适应训练、中途盲者支持性服务。

低视力者：助视器适配及服务、视功能训练。

**听力残疾：**

0-6岁儿童：0-6岁听力残疾儿童人工耳蜗植入手术及服务、0-6岁听力残疾儿童助听器适配及服务、0-6岁听力残疾儿童听觉语言功能训练、0-6岁听力残疾儿童家长支持性服务。

7-17岁儿童：7-17岁听力残疾儿童助听器适配及适应训练、7-17岁听力儿童家长支持性服务。

成人：成人听力残疾助听器适配及适应训练。

**肢体残疾：**

0-6岁儿童：0-6肢体残疾儿童矫治手术、0-6岁肢体残疾儿童假肢适配服务、0-6岁肢体残疾儿童矫形器适配及服务、0-6岁肢体残疾儿童其他辅助器具适配及服务、0-6岁肢体残疾儿童运动及适应训练、0-6岁肢体残疾儿童家长支持性服务。其中矫治手术针对适应症，年齡可放宽到16岁。

7-17岁儿童及成人：7-17岁肢体残疾儿童及成人假肢适配及服务、7-17岁肢体残疾儿童及成人矫形器适配及服务、7-17岁肢体残疾及成人其他辅助器具适配及服务、7-17岁肢体残疾儿童及成人康复治疗及训练、7-17岁重度肢体残疾儿童及成年重度肢体残疾人支持性服务。

**智力残疾：**

0-6岁儿童：0-6岁智力残疾儿童认知及适应训练、0-6岁智力残疾儿童家长支持性服务。

7-17岁儿童及成人：7-17岁智力残疾儿童及成人认知及适应训练、7-17岁重度智力残疾儿童及成年重度智力残疾人支持性服务。

**精神残疾：**

0-6岁孤独症儿童：0-6岁孤独症儿童沟通及适应训练、0-6岁孤独症儿童家长支持性服务。

7-17岁孤独症儿童：7-17岁孤独症儿童沟通及适应训练、7-17岁孤独症儿童家长支持性服务。

成人：成年精神残疾人精神疾病治疗、成年精神残疾人精神障碍作业疗法训练、成年精神残疾人支持性服务。

3、此表一式两份，每年定期填写后一份上报县残联，一份由社区康复协调员留存。