附件1

残疾儿童基本康复服务项目及补助标准

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 服务对象 | 服务项目 | 服务内容 | 补助标准 （万元）/年 |
| 1 | 低视力 儿童 | 辅助器具适配 | 基本型远距离助视器、近距离助视器；助视器适应训练。 | 0. 2 |
| 视力功能训练 | 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）。 | 0. 2 |
| 2 | 听力言语残疾儿童 | 人工耳蜗 | 人工耳蜗植入、调机、听觉言语功能训练，标准参见《人工耳蜗植入工作指南（2013年版）》（中华医学会编著）。 | 8. 85 |
| 助听器 | 助听器佩戴、调试、听觉言语功能训练。 | 1. 92 |
| 3 | 肢体残疾 儿童 | 矫治手术及训练 | 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《临床诊疗指南一小儿外科学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社）、《临床技术操作规范一小儿外科学分册》（中华医直学会编著，人民军医出版社）。 | 1. 72 |
| 辅助器具适配 | 根据评估结果选择适配基本型假肢、矫形器、轮椅、助行器具、坐姿椅、站立架等辅助器具。 | 0. 12 |
| 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。 | 1. 5 |
| 4 | 智力残疾 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。 | 1. 5 |
| 5 | 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。 | 1. 5 |
| 合计 |  |

康复训练救助时间原则上每年不超过10个月，康复结束后按标准一次性结算。

附件2

二连浩特市0—14岁残疾儿童康复救助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 儿童姓名 |  | 民族 |  | 身份证号 |  | 一寸照片粘贴处 |
| 户籍所在地（居住证发放地） |  | 性别 |  | 残疾人证号 |  |
| 残疾类别 | □视力 □听力 □言语 □肢体 □智力 □孤独症 |  |
| 残疾等级 | □一级 □二级 □三级 □四级 |
| 监护人姓名 | 关系 | 身份证号 | 职业 | 联系方式 |
|  |  |  |  |  |
| 家庭住址 |  |
| 家庭经济困难状况 | □城乡最低生活保障家庭的残疾儿童□建档立卡贫困户家庭的残疾儿童□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□其他经济困难家庭的残疾儿童 | 户口类别 | □农业户□非农业户 |
| 残疾儿童家庭情况说明 | 1. 收入情况：
2. 困难情况：

申请人： 年 月 日  |

|  |  |
| --- | --- |
| 社区/嘎查审核意见 | 主要负责人： 公 章 年 月 日  |
| 苏木乡镇审核意见 | 主要负责人： 公 章 年 月 日  |
| 旗县市（区）残联审核意见 | 主要负责人： 公 章 年 月 日  |

 备注：本表格一式三份，旗县市（区）残联一份，市残疾人服务中心一份，市残联财务部一份。