

# 长沙市残疾人联合会 长沙市财政局 文件

长残联发〔2020〕27号

---

## 长沙市残疾人联合会 长沙市财政局 关于残疾儿童康复救助制度出台后 有关政策衔接问题的通知

各区县（市）财政局、残联：

《长沙市残疾儿童康复救助制度实施办法》（长政办发〔2019〕55号）已于今年全面实施，结合2013年市残联和市财政联合下发的《长沙市残疾人康复救助办法》（长残联发〔2013〕70号），现对有关救助政策进一步明确，请各区县（市）做好政策衔接工作，抓好政策落实。

一、关于残疾儿童康复家长陪护补助问题。补助对象为长沙市户籍在长沙市定点康复机构接受康复训练的建档立卡贫困户、低保户、低收入家庭，补助标准为400元/月，补助时间每年不超过

10个月，训练时间不足10个月的按实际训练时间进行补助。

二、关于本市户籍残疾儿童到外地定点康复机构接受康复训练的问题。本市户籍残疾儿童到省内其它地市定点康复机构接受康复训练的，且未享受当地残疾儿童康复救助政策的，按照长政办发〔2019〕55号文件执行。本市户籍残疾儿童到省外定点康复机构接受康复训练的，且未享受当地残疾儿童康复救助政策的，应经户籍所在地区县（市）残联审核同意，救助标准与到省内其它地市定点康复机构接受康复训练的保持一致。

三、关于本市户籍残疾儿童到非定点康复机构接受训练的问题。经户籍所在地区县（市）残联审核同意，在非定点康复机构进行康复训练的按原救助标准500元/月、全年不超过10个月给予补助。

四、所有补助政策需本人提供相关材料并自愿申请，各区县（市）残联要严格审核，所有享受康复救助的对象必须审核户籍、诊断证明或残疾人证，必须符合《长沙市残疾儿童康复救助实施办法》文件规定的救助条件和救助内容，康复救助实施和资金使用情况要定期向社会公开，充分接受社会监督，确保实施程序规范、资金使用安全。

附件：残疾人精准康复服务补助申请审批表



附件

## 残疾人精准康复服务补助申请审批表

(20 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 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 智力 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> (多重残疾可多选)						
残疾等级	一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 未定级 <input type="checkbox"/>						
家庭住址			监护人姓名			联系电话	
家庭经济状况	<input type="checkbox"/> 家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线 <input type="checkbox"/> 家庭经济困难 <input type="checkbox"/> 其他				户口类别	<input type="checkbox"/> 农业户 <input type="checkbox"/> 非农业户	
享受医疗保险情况	<input type="checkbox"/> 享受城镇职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 享受医疗救助		<input type="checkbox"/> 享受城乡居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 享受其他保险 <input type="checkbox"/> 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	本人(或我的被监护人)基本情况如上,希望获得残疾人精准康复服务项目。 申请人: _____ 年 月 日						
乡镇(街道)残联意见	审核人: _____ 公 章 _____ 年 月 日						
县(市、区)残联审批意见	根据康复需求评估得到 _____ 项目实施,康复专项补贴: _____ 元。 审核人: _____ 公 章 _____ 年 月 日						

- 填表说明:**
1. 此表由残疾人或其监护人填写,经村(社区)康复协调员报乡镇(街道)残联审核后上报至县(市、区)残联,由县(市、区)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”须加盖评估机构公章。

---

长沙市残疾人联合会办公室

2020年10月14日印发

---