

0—16岁残疾儿童少年康复救助项目

一、文件依据

《西安市人民政府关于印发西安市残疾少年儿童康复救助实施方案的通知》(市政发〔2019〕18号)

二、救助对象

具有西安市未央区户籍(含西安市未央区有效居住证),年龄在0—16周岁,有康复需求,经市级定点评估机构确诊并有康复潜力,生命体征平稳且家庭成员配合的视力、听力、言语、肢体(含脑瘫)、孤独症谱系障碍(以下简称孤独症)、智力残疾少年儿童和儿童福利机构收留抚养的残疾少年儿童。

三、救助标准

康复救助项目主要包括:人工耳蜗植入、肢体矫治手术、辅助器具适配,听力言语、视力、肢体(含脑瘫)、孤独症、智力残疾少年儿童康复训练和支持性服务。具体救助内容和标准见《西安市残疾少年儿童康复服务目录》(附件1)。

四、申请条件及资料

具有西安市未央区常住户籍或西安市未央区有效居住证(残疾儿童本人和父母其中一方须持有居住证,且居住地必须为未央区辖区)的外地户籍,年龄为0—16周岁(含16周岁)的少年儿童,居住证儿童还需携带户籍所在地区(县、开发区)残联出具的未享受当地康复救助的转介证明。

携带本人身份证件、户口本、残疾证、诊断证明、一张两寸彩色照片,及监护人身份证件户口本;居住证儿童还需携带本人和监护人的居住证,以及户籍所在地区(县、开发区)残联出具的未享受当地康复

救助的转介证明。

五、申请时间、地点及流程：

(一) 办理时间：当年10月1日至次年9月30日。

(二) 办理地点：

西安市未央区政务综合服务中心（西安市未央路80号，红星美凯龙盛龙广场店五楼），电话号码：029-86363065。

(三) 办理流程：

1、申请。监护人持定点评估机构出具的诊断证明原件、户口簿（身份证或居住证）到户籍所在（居住证发放地）区（县、开发区）残联申请。持居住证家庭的残疾少年儿童，还须提供户籍所在地区（县、开发区）残联出具的未享受当地康复救助的转介证明。儿童福利机构的残疾少年儿童由所在机构出具证明，提出救助申请。

2、审核。区（县、开发区）残联对申请材料进行审核。残疾少年儿童监护人自主选择定点康复机构。

属于低收入、城乡最低生活保障、建档立卡贫困户家庭的残疾少年儿童，儿童福利机构的残疾少年儿童，残疾孤儿、纳入特困人员供养范围的残疾少年儿童救助申请，由区（县、开发区）残联与民政、扶贫部门进行相关信息比对后做出认定。

3、服务。经审核符合条件的残疾少年儿童，到定点康复机构办理康复训练注册登记，享受康复服务。

六、实际工作中的特殊性

1、需提供定点评估机构出具的诊断证明原件和复印件各一份和监护人身份证、户口本以及残疾儿童少年户口本、身份证（如有）、残疾证（如有）复印件2份、残疾儿童少年本人两寸彩色照片1张。

2、持有居住证的儿童少年除上述资料外，还须提供残疾儿童及其监护人居住证复印件2张，以及由户籍所在地区（县、开发区）残联出具的未享受当地康复救助的转介证明原件及复印件各一份。

3、本项目无名额指标限制，符合条件的残疾少年儿童均可进行项目申请，接受项目救助。

七、其他需要补充说明的

1、每年度只可申请救助一次。

2、新冠疫情期间，为减少人员流动和方便群众办事，避免人员交叉感染发生，所有项目申请人员携带前述各项资料直接到所选定点康复机构，由定点康复机构在网上提交资料并申请项目，区残联审批经办人员在网上审批即可。

附件：

西安市残疾人基本康复服务申请审批表

项目名称： (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)				
监护人姓名			与被监护人 关系				
家庭住址					联系 电话		
监护人住址	<input type="checkbox"/> 同家庭地址 <input type="checkbox"/> 其他:				联系 电话		
家庭经济状况	<input type="checkbox"/> 享受最低生活保障 <input type="checkbox"/> 低收入生活保障 <input type="checkbox"/> 建档立卡贫困户 <input type="checkbox"/> 其他						
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"/> 享受城乡居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 享受医疗救助 <input type="checkbox"/> 享受其他保险 <input type="checkbox"/> 无医疗保险						
残疾类别 和程度	<input type="checkbox"/> 视力残疾: 残疾程度: <input type="radio"/> 一级 <input type="radio"/> 二级 <input type="radio"/> 三级 <input type="radio"/> 四级 <input type="checkbox"/> 听力残疾: 残疾程度: <input type="radio"/> 一级 <input type="radio"/> 二级 <input type="radio"/> 三级 <input type="radio"/> 四级 <input type="checkbox"/> 言语残疾: 残疾程度: <input type="radio"/> 一级 <input type="radio"/> 二级 <input type="radio"/> 三级 <input type="radio"/> 四级 <input type="checkbox"/> 智力残疾: 残疾程度: <input type="radio"/> 一级 <input type="radio"/> 二级 <input type="radio"/> 三级 <input type="radio"/> 四级 <input type="checkbox"/> 精神(孤独症) 残疾程度: <input type="radio"/> 一级 <input type="radio"/> 二级 <input type="radio"/> 三级 <input type="radio"/> 四级 <input type="checkbox"/> 肢体残疾: 残疾部位: <input type="radio"/> 左小腿 <input type="radio"/> 右小腿 <input type="radio"/> 左大腿 <input type="radio"/> 右大腿 <input type="radio"/> 左上臂 <input type="radio"/> 右上臂 <input type="radio"/> 左前臂 <input type="radio"/> 右前臂 <input type="radio"/> 其他 致残因素: <input type="checkbox"/> 截瘫 <input type="checkbox"/> 渐冻症 <input type="checkbox"/> 脑瘫 <input type="checkbox"/> 截肢/缺肢 <input type="checkbox"/> 其他 残疾程度: <input type="radio"/> 一级 <input type="radio"/> 二级 <input type="radio"/> 三级 <input type="radio"/> 四级 <input type="checkbox"/> 多重残疾: 残疾程度: <input type="radio"/> 一级 <input type="radio"/> 二级 <input type="radio"/> 三级 <input type="radio"/> 四级						
康复需求项目	(附评估机构出具的“康复需求评估诊断意见”)						

残疾人或 监护人申请	<p>本人（或我的被监护人）_____基本情况如上。希望获得西安市残 疾人基本康复服务，具体申请康复服务 _____项目。 特此申请</p> <p style="text-align: right;">申请人（或监护人）: 年 月 日</p>
服务机构	<p>本人（或我的被监护人）_____自愿选择西安市残联定点康复服务 机构中的 _____机构实施康复服务。</p> <p style="text-align: right;">申请人（或监护人）: 年 月 日</p>
区县残联 审批意见	<p style="text-align: right;">审核人: 公章 年 月 日</p>
市残疾人 康复中心 审批意见 (此栏仅限助 听器验配、人 工耳蜗植入 手术)	<p style="text-align: right;">审核人: 公章 年 月 日</p>

填表说明：

1. 此表一式两份，一份由受助对象交康复机构，一份区县残联（市残疾人康复中心）留存。
2. “康复需求项目”栏依据评估机构出具的“康复需求评估诊断意见”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。