**2017年残疾人贫困聋儿免费**

**康复训练项目实施方案**

为贯彻落实省政府“2017年民生工程”残疾人工作项目，进一步做好听力语言康复工作，提高听障儿童康复水平，结合我省实际情况，制定本实施方案。

一、目标任务

为100名贫困聋儿免费康复训练一年。

二、受助条件

——具有陕西省户籍，年龄不超过6周岁。

——自费佩戴助听器或植入人工耳蜗，有康复需求的聋儿。

——享受救助项目期满，仍有康复需求的聋儿。

——优先资助城乡低保家庭或自费佩戴助听器、植入人工耳蜗的聋儿。

三、资助标准

——由省财政投入120万元，为每名受助儿童提供一学年（10个月）1.2万元康复训练经费。

康复训练经费的列支范围包括：耳模制作、调机、电池购置、康复训练、康复评估、康复教材资料、培训、食宿、劳务费等项费用。

四、职责分工

1、省残联：负责制定项目实施方案、组织实施与管理；下达任务，审定定点康复机构；检查、督导各地项目执行进度；监管各地资金使用；考核评估项目执行成效。

2、各市残联：组织救助对象的申报审批、公示工作，督促检查本市（区）项目定点康复机构完成项目康复安置任务；《残疾人精准康复服务行动康复项目数据库》统计填报。

3、省听力语言康复中心：负责省直项目救助任务的康复和全省项目受助对象康复效果抽评、组织技术培训、家长满意度调查。

4、项目定点康复机构：各项目定点康复机构要协助做好受助聋儿上报推荐工作；为受助聋儿建立个人康复档案和康复训练服务；做好康复后的回访工作。

定点康复机构提供康复训练，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30分钟；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，每月至少两次，每次不少于30分钟。

五、工作流程

1、下达任务：下达任务指标（附表1）。

2、确定受助对象：由各市残联根据摸底情况，通知符合救助条件的聋儿家长，由家长提出申请，并填写附表2（需附受助者户口本复印件），由所在市残联审核、批准确定受助对象名单并进行公示、报省残联备案，签发项目救助卡和服务手册。项目地区残联负责将受助对象及时安置至到项目定点康复机构。

3、建立档案：各项目定点康复机构要为受助聋儿建立个人康复档案填写《残疾人精准康复服务行动听力残疾儿童康复档案》（康复档案省残康办已印发给各项目定点康复机构）。

4、做好登记统计：承担任务的定点康复机构填写《2017年残疾人贫困聋儿免费康复训练项目汇总表》，根据项目实施方案要求，建立康复档案，并将救助对象信息录入《残疾人精准康复服务行动康复项目数据库》。

六、经费管理

项目经费由省残联根据各市任务指标进行审核，报省财政厅审批下达市级财政部门，拨款文件抄送省级残联。各市根据本级国库管理要求，按照各机构实际收训聋儿情况及时将经费拨付至项目定点康复机构。

项目经费应加强管理、专款专用，严禁挤占、截留、挪用。

七、评估与验收

1.省残联组织相关部门和专家不定期对项目执行情况进行评估、检查、验收。评估内容包括经费使用与管理、档案和报表、项目宣传、受助人满意度等。

2.各市残联定期进行项目的督导检查，及时发现解决存在问题和困难，保证项目顺利实施。

附表：1、2017年残疾人贫困聋儿免费康复训练项目任务分配表

2、2017年残疾人贫困聋儿免费康复训练项目申请审批表

3、2017年残疾人贫困聋儿免费康复训练项目汇总表

附表1：

**2017年残疾人贫困聋儿免费康**

**复训练项目任务分配表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 地 区 | 项目任务数（人） | 项目经费（万元） | 项目定点康复机构 |
| 西安市 | 0 | 0 |  |
| 咸阳市 | 10 | 12 | 咸阳市康复教育学校 |
| 武功红太阳特殊教育康复学校 |
| 宝鸡市 | 10 | 12 | 宝鸡启聪特殊需要儿童早期干预中心 |
| 铜川市 | 10 | 12 | 铜川市听力语言康复中心 |
| 渭南市 | 20 | 24 | 渭南市胜利聋儿语训学校 |
| 延安市 | 10 | 12 | 陕西省听力语言康复中心 |
| 榆林市 | 10 | 12 | 榆林市残疾人康复服务中心 |
| 安康市 | 10 | 12 | 安康市阳光学校 |
| 汉中市 | 5 | 6 | 汉中市聋人学校 |
| 商洛市 | 5 | 6 | 商洛市聋儿语训学校 |
| 省 直 | 10 | 12 | 省听力语言康复中心 |
| 合 计 | 100 | 120 |  |
|  |

附表2：

**残疾人贫困聋儿免费康复训练项目申请审批表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 儿童姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  |
| 儿童身份证号 |  | 残疾证号 |  |
| 监护人姓名 |  | 工作单位 |  | 与儿童关系 |  |
| 监护人身份证号 |  |
| 联系电话 | 宅电 | 家庭住址 |   | 邮编 |  |
| 手机 | 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 听力损失及康复情况 | 发现耳聋月龄：\_\_\_是否有家族耳聋史： □无 □有 与儿童关系 \_\_\_\_ 平均听力损失：左耳\_\_\_\_ dB HL 右耳 \_\_\_\_ dB HL 助听器配戴：□否 □是 植入人工耳蜗：□否 □是目前康复状态：□机构康复 □家庭康复 □未接受康复接受救助后家庭中有无专人陪伴康复 ：□无 □有 与儿童关系 \_\_\_\_ |
| 家庭经济状况 | □家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线□家庭经济困难 |
| 享受医疗保险情况 | □享受城镇居民基本医疗 □享受新型农村合作医疗□享受医疗救助 □享受其他保险□无医疗保险 | 户口类别 | □农业户口□非农业户口 |
| 监护人申请 |  申请人：  年 月 日 |
| 市残联、县（区）残联审批意见 | 县（区）残联意见  审核人：公章 年 月 日  | 市残联意见  审核人：公章 年 月 日 |
| 省残联审核意见 |   审核人：公章 年 月 日  |

注：本表一式二份，省残联、定点康复机构各留存一份。

附表3：

**2017年残疾人贫困聋儿免费康复训练项目救助汇总表**

市残联（盖章） 负责人签章： 审核人：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 受助人姓名 | 性别 | 民族 | 出生年月 | 受助人身份证号码（18位） | 项目定点康复机构名称 | 联系电话 | 监护人签字 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

项目定点康复机构（盖章） 负责人签字 填表人： 填报日期：

备注：此表一式三份，一份由定点康复机构留存，一份上报市残联，一份上报省残联。