

# 苏州市残疾人联合会

# 苏州市财政局

苏残字〔2021〕3号

## 关于新冠肺炎疫情常态化防控期间开展 残疾儿童线上康复服务工作的通知

各市（区）残联、财政局，工业园区社会事业局、财政局：

根据《省政府办公厅关于在新冠肺炎疫情期间做好残疾人就业和残疾人服务机构纾困解难工作的通知》（苏政办发〔2020〕43号）和《省残联办公室关于在新冠肺炎疫情常态化防控期间开展残疾儿童线上康复服务有关事项的通知》（苏残办函〔2020〕66号）要求，为保障残疾儿童获得持续的康复服务，满足残疾儿童康复需求，确保线上康复实施的规范性和补助政策执行的严肃性，现就新冠肺炎疫情期间开展残疾儿童线上康复服务工作通知如下：

### 一、实施条件

新冠肺炎疫情防控一级、二级响应期间作为线上康复服务时间。

## 二、服务内容

线上康复服务是指将既往线下已有的康复服务项目通过线上开展、延伸。纳入残疾儿童康复救助范围的线上康复服务项目应当符合以下基本条件：购买服务合同内规定的相关内容或属于江苏省《残疾人基本康复服务目录（2019版）》明确规定的及各地自行增加的服务项目；由残疾儿童定点康复机构提供；能实现线下相同服务项目的功能，对改善残疾儿童功能、减轻障碍有实质效果。为保证康复效果，残疾儿童定点康复机构开展线上康复服务，应坚持残疾儿童和家长（监护人）同步受训原则，让同步接受康复训练的家长（监护人）指导协助残疾儿童进行康复训练。

## 三、服务要求

开展线上康复服务的残疾儿童定点康复机构应以明确清晰的方式公示线上服务的内容、形式、效果等，并征得残疾儿童家长（监护人）同意，同时妥善保存服务对象的评估记录、康复训练计划、康复训练记录及线上服务影像资料等一并归入残疾儿童康复服务档案，服务档案要真实、系统、全面，作为拨付和结算康复救助资金证明资料，县级残联应组织对服务档案进行检查。

## 四、经费结算

残疾儿童定点康复机构提出申请，并提供残疾儿童线上康复补助审批表（附件1）、残疾儿童线上康复补助汇总表（附件2）、康复服务费用发票和线上康复服务项目清单等相关证明材料。各市、区残联应根据线上康复服务开展情况，按照残疾儿

童康复补助标准(全日制)的 50%-60%与残疾儿童定点康复机构结算。

## 五、工作要求

(一) **规范有序，确保质量。**线上康复服务是疫情期间残疾儿童康复服务的重要形式。各市、区残联应高度重视，积极推进线上康复服务规范有序开展，根据本地实际情况完善工作流程、强化绩效评估；注重特殊时期康复服务方法创新，鼓励推广科学的服务方式方法；注意收集残疾儿童家长（监护人）的意见建议，及时改进和完善线上康复服务，确保线上康复服务质量，保障残疾儿童权益。

(二) **加强监督，严格管理。**在开展线上康复服务的过程中，各市、区残联要加强监督、严格管理，对出现的违规行为，必须依据《江苏省残疾儿童基本康复服务管理暂行办法》（苏残发〔2020〕23号）相关规定及购买定点康复机构服务合同相关条款给予处理。

附件：1. 残疾儿童线上康复补助审批表

2. 残疾儿童线上康复补助汇总表



2021年1月19日

## 附件 1:

残疾儿童线上康复补助审批表

姓名		性别	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	出生日期	年 月 日
身份证号码				医保编号 (本地康复填)	
户籍地址			现居住址		
监护人姓名		与儿童关系		联系电话	
监护人身份证号码				家庭经济状况	低保 <input type="checkbox"/> 低保边缘 <input type="checkbox"/> 一户多残 <input type="checkbox"/> 依老养残 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>
补助类别	听力语言 <input type="checkbox"/> 智力 <input type="checkbox"/> 孤独症 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 视力 <input type="checkbox"/>			本期补助时间	年 第 季度
康复机构名称 (盖章)				康复转介日期	年 月 日
康复机构类型	本地残联定点机构 <input type="checkbox"/> 异地残联定点机构 <input type="checkbox"/>			康复服务形式	线上康复 <input type="checkbox"/>
本次补助总金额	元	残疾人保障金 补助金额		元	医保基金 补助金额 元
家长确认签字					
社区(村)、街道(乡镇)确认签字	经办人: (盖章) 年 月 日				
县级康复中心、社工委或其他县级残联规定的审核部门意见	经办人: (盖章) 年 月 日				
市、区残联 审核意见	满意度调查	<input type="checkbox"/> 电话回访 <input type="checkbox"/> 上门回访	<input type="checkbox"/> 满意 <input type="checkbox"/> 不满意	调查人(签章): 日期:	
	(盖章) 年 月 日				
备注	1. 要逐项认真填写,字迹端正。按照表格的要求,逐级审核。 2. 此表和康复机构开出的发票、康复训练项目清单作为经费拨付依据。康复训练项目清单按月提供,必须写明线上康复训练项目名称、次数、每项收费金额和在线康复时长。 3. 姑苏区、高新区户籍残疾儿童此表一式两份,一份留市残疾人康复中心、一份留区残联。				

