



重庆两江新区管理委员会 关于印发重庆两江新区残疾人精准康复 服务行动实施方案的通知

渝两江管发〔2024〕18号

各国有企业，各街道办事处，委机关各部门，各驻区机构，各直属事业单位：

现将《重庆两江新区残疾人精准康复服务行动实施方案》印发给你们，请认真贯彻落实。

重庆两江新区管理委员会

2024年8月27日

（此件公开发布）



重庆两江新区残疾人精准康复服务行动 实施方案

为贯彻落实《重庆市人民政府关于印发〈重庆市“十四五”残疾人保障和发展规划（2021—2025年）〉的通知》（渝府发〔2021〕43号）和《重庆市人民政府关于建立残疾儿童康复救助制度的实施意见》（渝府发〔2018〕44号）精神，持续推进两江新区残疾人精准康复服务工作，实现残疾人普遍享有基本康复服务，特制订本方案。

一、工作目标

深入贯彻落实习近平总书记关于残疾人事业的重要指示批示和党中央、国务院决策部署，着力增强专业化康复服务能力，实施精准康复服务行动，提升残疾康复服务质量，进一步满足城乡残疾人基本康复服务需求，使残疾人普遍享有安全、有效的基本康复服务。实现新区有康复需求的残疾儿童和持证残疾人接受基本康复服务比例达到100%。

二、服务对象

主要为两江新区直接管理区域鸳鸯、人和、天宫殿、翠云、大竹林、礼嘉、金山、康美8个街道所辖范围的持证残疾人或未



持证残疾儿童，户籍在上述范围内的残疾军人凭《中华人民共和国残疾军人证》依精准康复服务相关规定享受新区残疾人相应待遇。

三、重点任务

（一）完善基本康复目录

依据《重庆市残疾人基本康复服务目录》与《重庆市残疾儿童康复救助实施办法（修订）》并结合本区实际情况制定《两江新区残疾人基本康复服务目录》，另行发布。

（二）确定定点康复评估及服务机构

区内定点康复评估机构，由新区社会保障局根据市残联、市卫计委、市扶贫办、市教委、市民政局、市人社局《关于印发〈重庆市残疾人精准康复服务行动实施方案（2016—2020年）〉的通知》（渝残联发〔2016〕164号）文件确定。新区定点康复评估机构，根据业务指导范围负责相关街道残疾人的基本康复评估工作。

区内定点康复服务机构，由重庆市残疾人联合会两江新区办事处（以下简称为区残联办）根据《重庆市残疾人联合会办公室关于印发〈重庆市残联系统康复机构业务规范建设评估细则（试行）〉的通知》（渝残联办〔2022〕135号）审核认定。

区外具有定点资质的康复机构也可承接新区康复训练服务项目。



（三）开展康复需求调查

各街道组织残疾人精准康复社区调查小组（由街道残联干部、残疾人专职委员、社区康复协调员、社区医生、评估机构医生及相关工作人员共同组成）开展残疾人精准康复服务需求数据调查、初步评估、转介、归档、系统录入等工作。各街道每年至少开展一次康复需求集中调查，可结合“全国持证残疾人基本状况调查”工作同步进行。

（四）实施康复需求评估和转介

1. 调查中对确有基本康复服务目录内康复需求的残疾人，当场发放《两江新区残疾人精准康复服务手册》（附件1）《两江新区残疾人精准康复服务补助申请审批表》（附件2），并协助填写完善基本信息及康复需求。

2. 区级定点评估机构不具备评估能力的项目由区级定点评估机构在“评估意见栏”填写转介意见，并告知残疾人到相应市级评估机构复评。对行动不便的残疾人，可由康复评估机构入户或集中进行评估。

（五）申请康复服务

评估流程结束，各街道汇总本街道残疾人康复需求，收集《两江新区残疾人精准康复服务手册》《两江新区残疾人精准康复服务补助申请审批表》到区残联办申请相应康复服务，区残联



办审核并批准。

（六）提供康复服务

区残联办为残疾人提供辅助器具适配、康复训练、康复医疗、支持性服务四类康复服务项目。提供儿童康复救助服务按《重庆市残疾人联合会关于印发〈重庆市残疾儿童康复救助实施办法(修订)〉的通知》(渝残联发〔2023〕9号)(以下简称9号文件)执行。

残疾人持《两江新区残疾人精准康复服务手册》到相应定点康复服务机构接受康复服务。定点机构制定个性化康复服务方案，建立康复服务档案，依据《残疾人基本康复服务目录》，为残疾人提供基本康复服务。残疾人享受康复服务后，相应服务机构应及时完善《两江新区残疾人精准康复服务手册》并作为费用结算依据，仅转介的复印“康复需求与转介记录”页作为费用结算依据。

残疾人选择定点康复机构后当年度原则上不作变更。确需变更的，须报区残联办核定。对有康复需求残疾人原则上纳入家庭医生签约，同一残疾证同一年度只能申请一次对应残疾类别的支持性服务。

（七）录入康复数据

各街道做好精准康复调查、评估、开展服务等各环节的情况收集，将康复服务数据及时录入精准康复系统，区残联办每年集



中对录入情况进行检查。

四、职责分工

加强对残疾人康复工作的组织领导，建立政府主导、部门协作、社会参与的工作机制。新区社会保障局、社会发展局、教育局、财政局、各街道等有关单位部门主动采取措施，在各自职责范围内加强康复服务能力建设，做好行业管理、基本康复服务保障等。新区精准康复工作由区社会保障局牵头，各相关部门协调配合，职责分工如下：

社会保障局负责落实残疾人医疗康复项目在医保定点医疗机构纳入基本医疗保障支付范围政策，对符合医疗救助条件的残疾人实施医疗救助；与区级相关部门积极配合，确定区级各类残疾人定点康复评估机构，督导精准康复服务工作进度，做好年度任务执行情况的汇总和反馈工作；牵头开展技术培训和宣传工作。区残联办主动代表残疾人利益，调查、反映残疾人康复需求，优化康复救助申请流程，依托残疾人相关信息服务平台，让残疾人足不出户提交康复救助申请；依据相关文件审核认定定点康复服务机构，协调推动相关部门、组织动员社会力量，并利用自身资源，开展残疾人康复工作。

财政局负责根据经济社会发展水平及残疾人康复工作的需要，将精准康复服务行动的相关经费列入财政预算。



社会发展局负责组建两江新区残疾人精准康复服务专家技术指导组，配合确定区级各类残疾人定点康复评估机构和定点康复服务机构；落实残疾儿童筛查工作，加强医疗卫生专业技术人员的康复技术培训；将有康复需求残疾人家庭医生签约服务质量纳入基层医疗卫生服务考核内容；督导各街道、社区医疗卫生机构开展残疾人康复服务。

教育局负责落实“特殊教育提升计划”，督促特殊教育学校开展康教结合，做好送教上门工作。

各街道负责成立由分管领导、相关科室负责人、街道和社区专职委员组成的残疾人精准康复工作专班，做好街道精准康复工作的统筹，建立专门机制和稳定队伍；督查指导残疾人精准康复调查小组开展残疾人精准康复服务需求数据调查、初步评估、转介、归档、系统录入等工作；为残疾人提供上门或代办服务，收集相应资料并代为申请；保留相关资料档案定期交区残联办。

五、保障措施

（一）提升服务能力

以满足残疾人基本康复需求为重点，优先保障残疾儿童和贫困持证残疾人得到基本康复服务，结合实际积极探索，争取在城乡医疗保险、大病保险、医疗救助政策中更多惠及残疾人，提高残疾人医疗和康复保障水平。做好精准康复服务与家庭医生签约



服务和基本公共卫生服务项目等工作的衔接，形成合力。要充分借助各种主流媒体采取多种方式，大力宣传残疾人精准康复服务举措，全面展示工作的生动实践和显著成效。要推进残疾人精准康复进社区、进家庭，充分利用各类宣传媒介普及康复知识。

（二）加强规范管理

社会保障局要结合全市精准康复服务行动定点机构准入标准、服务规范，合理确定各类定点康复评估机构，并加强对各类定点康复评估机构的管理，各单位要加强残疾人康复信息数据的安全保密工作，严格按照规定程序办理调取和提供信息，未经授权，任何单位和个人不得对外公开、传递残疾人信息。各街道和康复服务机构要定期对残疾人精准康复服务行动工作进行自查。社会发展局、社会保障局要定期对各街道、定点康复服务机构进行抽查，根据残疾人精准康复服务数据库，定期不定期通报精准康复服务工作任务完成进度、工作动态、典型经验。

（三）保障服务经费

各街道按流程开展残疾人康复需求调查，每完成1名残疾人康复需求调查工作，按照30元/人的标准匹配需求调查工作经费；对经调查有康复需求的残疾人需开展基本表册完善、评估转介、信息数据录入、档案保管工作，每完成1名残疾人的精准康复工作，再按照30元/人的标准匹配康复管理经费（以当年度精准康



复系统数据为准，各街道按照财政预算编制要求，将该项工作所需经费纳入街道工作经费类项目范围统筹安排)。

评估、转介经费按照 30 元/人的标准给予区级指定定点评估服务机构（区级评估机构不再收取残疾人其他精准康复服务评估费用）。每年区残联办同相关机构结算（以当年度精准康复系统数据为准）。

已纳入城镇职工基本医疗保险和大额保险、城乡居民合作医疗保险和大病保险、医疗救助支付范围以及列入政府相关部门医疗救助工程的康复服务项目，由基本医保、大额（大病）保险、医疗救助或相关部门项目资金按规定先行结算。参保残疾人自付部分，以及未纳入基本医疗保险支付范围、政府部门医疗救助工程的康复服务费用，由区残联办根据《两江新区残疾人基本康复服务目录》标准与项目实施机构进行相关费用结算。实行限额补助的，由残疾人垫付相关费用，凭发票和相关服务证明到所在街道申请报销费用。残疾人申请支持性服务，区残联办按照每人每年 200 元补贴给项目实施机构。凡未列入新区精准康复服务补助范围的费用，由残疾人本人自行承担。

本实施方案自 2024 年 9 月 29 日起施行，原《重庆两江新区管理委员会关于印发重庆两江新区残疾人精准康复服务行动实施方案的通知》（渝两江管发〔2018〕35 号）同时废止。



- 附件：1. 两江新区残疾人精准康复服务手册
2. 两江新区残疾人精准康复服务补助申请审批表
3. 两江新区残疾人康复需求和康复服务情况汇总表



附件 1

两江新区 残疾人精准康复



重庆市残疾人联合会两江新区办事处制



小二寸
彩照

服务手册使用说明

- 1.本手册包括残疾人基本信息、康复需求评估与转介记录和康复服务记录。
- 2.本手册由残疾人或其监护人妥善保管，不得转借他人，遗失请及时补办。

重庆市残疾人联合会两江新区办事处（盖章）



残疾人基本信息

| | | | |
|-----------------|--|--------|--|
| 姓名 | | 性别 | |
| 民族 | | 联系电话 | |
| 家庭住址 | | | |
| 监护人姓名 | | 与残疾人关系 | |
| 监护人联系电话 | | | |
| 残疾类别 | 视力 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 言语 <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"/> | | |
| 身份证号 | | | |
| 残疾人证号 (持证必填) | | | |

注：1.非持证残疾儿童可不填写残疾人证号；
2.本页由社区康复协调员填写。



康复需求评估与转介记录

| | |
|---|-----------|
| 康复需求： | |
| 是否需转介：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> | |
| 转介至： | _____（机构） |
| | _____（机构） |
| 评估机构名称： | |
| 评估人： | 评估时间： |

注：

1. “康复需求”：参照《两江新区残疾人基本康复服务目录》中的服务项目填写；“转介至（机构）”：依据《两江新区残疾人基本康复服务目录》填写相应机构名称；
2. 本页由评估机构填写。



康复服务记录

服务项目：

服务频次：

服务周期： 年 月 日 至 年 月 日

服务机构名称：

服务人员：

残疾人或监护人：

日期：

注：

- “服务项目”：参照《两江新区残疾人基本康复服务目录》中的服务项目填写；“服务频次”：指残疾人实际接受服务的频率及每次服务持续的时间；“服务周期”：指残疾人接受“服务项目”中所注明服务的实际起止时间；
- 本页由康复服务机构填写，残疾人或监护人在其接受服务后须签字确认。



附件 2

两江新区残疾人精准康复服务补助
申请审批表

(年度) 街道: 序号:

| | | | | | | | |
|----------|--|----|----|-------|---|------|--|
| 姓名 | | 性别 | | 民族 | | 出生年月 | |
| 身份证号 | | | | 残疾人证号 | | | |
| 联系电话 | | | | 残疾等级 | <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 未定级 | | |
| 残疾类别 | <input type="checkbox"/> 视力 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 言语 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 智力 <input type="checkbox"/> 精神 (多重残疾可多选) | | | | | | |
| 户籍所在地 | | | | | | | |
| 现居住地 | | | | | | | |
| 家庭经济状况 | <input type="checkbox"/> 低保家庭 <input type="checkbox"/> 低收入家庭 <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 | | | | | | |
| 监护人 | 姓名 | | 性别 | | 联系电话 | | |
| | 身份证号码 | | | | 与申请人关系 | | |
| 康复需求项目 | <p><input type="checkbox"/>1. 白内障复明手术 (<input type="checkbox"/>左眼 <input type="checkbox"/>右眼 <input type="checkbox"/>低保人员营养费)</p> <p><input type="checkbox"/>2. 辅助器具免费适配</p> <p><input type="checkbox"/>3. 自费购买辅助器具补贴 (<input type="checkbox"/>贫困残疾人 <input type="checkbox"/>非贫困残疾人)</p> <p><input type="checkbox"/>4. 盲人定向行走及适应训练 (服务机构: <input type="checkbox"/>区第一人民医院 <input type="checkbox"/>区第二人民医院)</p> <p><input type="checkbox"/>5. 低视力视功能训练 (服务机构: <input type="checkbox"/>重医附二院 <input type="checkbox"/>重庆爱尔眼科)</p> <p><input type="checkbox"/>6. 支持性服务 (服务机构: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> (1) 中途盲者心理疏导</p> <p><input type="checkbox"/> (2) 精神残疾人生活自理、心理疏导</p> | | | | | | |



重庆两江新区管理委员会行政规范性文件

| | |
|---------------|--|
| 申请人或监护人 申请 | 申请人： 年 月 日 |
| 社区意见 | 负责人： 经办人： 居民委员会（盖章） 年 月 日 |
| 街道意见 | 负责人： 复核人： 经办人： 街道办事处（盖章） 年 月 日 |
| 残联办 意见 | 经审定，同意申请人享受_____康复项目 (补贴方式： <input type="checkbox"/> 免费 <input type="checkbox"/> 定额补助) 金额_____。 负责人： 复核人： 经办人： 残联办（盖章） 年 月 日 |

填表说明：1.此表1式2份由残疾人或其监护人填写。

2.“康复需求项目”栏根据评估机构出具的“康复需求评估意见”填写，复印康复需求评估与转介记录作为依据。

3..申请需附资料：申请人的身份证、残疾证、户口簿复印件，残疾人精准康复服务手册，申请人是低保需提供低保复印件。

4..非视力残疾人申请白内障复明手术，可不附残疾人精准康复服务手册等。

附件 3

两江新区残疾人康复需求和康复服务情况汇总表

() 年度

____街道____社区

| 序号 | 姓名 | 性别 | 家庭住址 | 身份证号 (必填) | 残疾人证号 (持证残疾人必填) | 联系电话 | 康复需求 情况 | 康复服务情况 | |
|----|----|----|------|--------------|--------------------|------|---|----------|----------|
| | | | | | | | | 得到康复服务项目 | 康复服务机构名称 |
| 1 | | | | | | | 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> | | |
| 2 | | | | | | | 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> | | |
| 3 | | | | | | | 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> | | |
| 4 | | | | | | | 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> | | |
| 5 | | | | | | | 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> | | |

填表人:

审核人:

填表日期: 年 月 日

注: 1. 此表由社区康复协调员填写。

2. “得到康复服务项目”依照《两江新区残疾人基本康复服务目录》“服务项目”填写。

3. 此表一式两份, 每年 12 月 20 日前由街道汇总后上报, 残联办、街道各留存一份。