

湖北省残疾人联合会 湖北省财政厅文件

鄂残联发〔2021〕12号

关于印发《残疾儿童康复救助家庭生活补助 实施方案》的通知

各市（州）、县（市、区）残联、财政局：

为深入贯彻落实习近平总书记关于完善覆盖全民的社会保障体系的重要讲话精神，进一步做好残疾儿童康复救助工作，根据《残疾预防和残疾人康复条例》《湖北省残疾儿童康复救助制度》等文件精神，结合我省实际，现制定湖北省残疾儿童康复救助家庭生活补助实施方案。

一、指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中全会精神，进一步完善我省残疾人社会保障体系，切实提高残疾儿童康复救助保障水平，着力保障残疾儿童家庭权益，不断提高残

疾儿童家庭幸福感、获得感、安全感，共享改革发展成果。

二、基本原则

坚持应保尽保、应得尽得。各级残联组织要充分认识到做好此项工作的重要意义，按照自愿原则，在全面摸底和充分论证的基础上，坚持应补尽补，全面覆盖，确保残疾儿童家庭生活补助落实到位，着力减轻残疾儿童家庭生活负担。

坚持规范有序、公开公正。建立科学规范、便民高效的申请、审核、补助发放机制，主动接受群众和社会监督，加强绩效考评，切实做到公开透明、客观公正。

三、主要内容

（一）补助对象。全省享受湖北省残疾儿童康复救助制度，在定点康复训练机构训练的 0-6 岁残疾儿童家庭。

（二）补助标准。残疾儿童家庭生活补助标准为每月 500 元，每年补助 10 个月（不足 10 个月的按实际训练时长计算）。

（三）补助形式。残疾儿童家庭生活补助按当年实际训练时长给予发放，采取“一卡通”形式通过金融机构转账存入残疾儿童法定监护人账户。

四、补助流程

（一）自愿申请。本着自愿原则，符合条件的残疾儿童法定监护人携带残疾儿童户口本、法定监护人身份证明、《湖北省残疾儿童康复救助家庭生活补助申请审批表（样表）》到户籍所在地的县级残联提出申请。

（二）审核确定。县级残联对残疾儿童家庭提交的当年

的残疾儿童康复训练档案、《湖北省残疾儿童康复救助家庭生活补助申请审批表（样表）》《湖北省残疾儿童康复救助项目申请审批表（样表）》进行审核，确定受助对象及补助金额。

（三）补助实施。县级财政部门按照县级残联审核确定的享受补贴的残疾儿童家庭花名册，将资金通过金融机构转账存入残疾儿童法定监护人账户。

四、工作要求

（一）加强组织领导。残联组织要充分认识实施残疾儿童家庭生活补助的重要意义，切实履行职责，做好补助资格审定、监督管理等工作。财政部门要做好资金保障，所需资金由省与脱贫县、一般县按 6:4、5:5 比例分担，本级今年所需资金由财政一次性追加安排，以后年度纳入预算，确保残疾儿童家庭生活补助顺利实施。

（二）加强监督管理。按照“谁主管、谁使用、谁审核、谁负责”原则，明确残疾儿童家庭生活补助资金管理责任。残联部门负责补助资金申报资料的真实性审核；财政部门负责程序合规性审核，并根据残联部门的审核结果及时拨付资金。各级残联部门要建立发放使用情况台账，定期向社会公示，接受社会监督。审计、监察部门要加强监督检查，防止出现挤占、挪用、套取等违法违规现象。各级残联部门要定期开展残疾儿童家庭生活补助工作绩效评估并将评估结果以适当方式向社会公开，接受社会监督。要及时处理残疾儿童家庭及其他群众的投诉建议，不断完善相关政策措施，切

实维护残疾儿童的合法权益。

（三）加强政策宣传。各地要全面掌握残疾儿童家庭生活补助的相关内容，正确开展此项工作；要充分利用多种媒介加强工作宣传，采用灵活多样的形式进行政策解读，营造良好舆论氛围；要确保残疾儿童家庭知晓政策内容，了解申领程序和要求；要及时做好政策解释工作，优化工作流程，协助残疾儿童家庭便捷办理相关手续等。

残疾儿童家庭生活补助自2021年1月1日起全面实施，补发工作要在今年6月底前完成。各地应制定本地实施办法，尽快开展申报、审核、审定等工作，确保残疾儿童家庭生活补助资金足额发放到符合条件的残疾儿童家庭手中。

- 附件：1. 湖北省残疾儿童康复救助家庭生活补助申请审批表（样表）
2. 湖北省残疾儿童康复救助家庭生活补助汇总表



附件 1

湖北省残疾儿童康复救助家庭生活补助 申请审批表（样表）

儿童姓名		性别		民族		出生日期	年 月
儿童身份证号							
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				儿童户籍所在地			县/市/区
申请救助项目	<input type="checkbox"/> 听力言语康复训练项目 <input type="checkbox"/> 肢体康复训练项目 <input type="checkbox"/> 孤独症康复训练项目 <input type="checkbox"/> 智力康复救助项目						
康复训练所在定点机构名称							
康复训练时长	2021 年__月至__月，共计__个月						
监护人银行卡号							
定点机构意见	公 章 年 月 日						
监护人申请	申请人： 年 月 日						
残联审批意见	审核人： 公 章 年 月 日						

说明：本表一式三份，由县级残联、定点机构及残疾儿童家庭各存一份。

附件 2

湖北省残疾儿童康复救助家庭生活补助情况汇总表

() 年度

县市区

序号	儿童姓名	身份证号	定点康复 训练机构名称	康复训 练时长	补助 金额	监护人 姓名	与残疾儿 童关系	银行卡号	联系电话

填表人:

填表日期: 年 月

