

## 天津市残疾儿童康复救助项目申请表

(试行)

儿童姓名		性别		民族		年龄		儿童近期 2 寸同版免冠照片	
身份证号		残疾证号							
监护人 1		身份证号							
监护人 2		身份证号							
居住证持有人		纳税或缴纳							
居住证有效期		社保时间段							
申请代理人		身份证号							
儿童住址									
监护人住址	同上住址 <input type="checkbox"/>	其他							
联系方式	手机:		手机 2:		座机:				
家庭经济	<input type="checkbox"/> 普通家庭 <input type="checkbox"/> 低保 <input type="checkbox"/> 建档立卡贫困户 <input type="checkbox"/> 因残致贫户 <input type="checkbox"/> 其它								
儿童医疗保险、医疗救助情况	<input type="checkbox"/> 城乡居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 居民大病保险 <input type="checkbox"/> 其他医疗保险 <input type="checkbox"/> 无医疗保险 <input type="checkbox"/> 城乡医疗救助 <input type="checkbox"/> 重特大疾病救助 <input type="checkbox"/> 因病支出型医疗救助								
残疾类别或诊断结果	<input type="checkbox"/> 视力残疾 <input type="checkbox"/> 听力残疾 <input type="checkbox"/> 言语残疾 <input type="checkbox"/> 智力残疾 <input type="checkbox"/> 肢体残疾 <input type="checkbox"/> 精神残疾 <input type="checkbox"/> 多重残疾 <input type="checkbox"/> 孤独症谱系障碍 其它诊断结果: _____ <b>肢体残疾部位:</b> <input type="checkbox"/> 左小腿 <input type="checkbox"/> 右小腿 <input type="checkbox"/> 左大腿 <input type="checkbox"/> 右大腿 <input type="checkbox"/> 脊柱 <input type="checkbox"/> 左上臂 <input type="checkbox"/> 右上臂 <input type="checkbox"/> 左前臂 <input type="checkbox"/> 右前臂 <input type="checkbox"/> 其它								
监护人申请	上述基本情况属实, 希望获得天津市残疾儿童康复救助, 申请康复服务内容如下: <b>医疗手术类补助:</b> <input type="checkbox"/> 角膜移植手术 <input type="checkbox"/> 先天性白内障复明手术(一期、二期、同期) <input type="checkbox"/> 唇腭裂手术 <input type="checkbox"/> 人工耳蜗手术、开机及术后一年内的调机 <input type="checkbox"/> 髋关节发育不良适配吊带、支具、石膏裤 <input type="checkbox"/> 肢体残疾矫治手术及术后院内康复 <b>残联工作人员已进行医疗手术知情告知, 本人已签署《知情同意书》。</b> <b>康复训练类补助:</b> <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 智力 <input type="checkbox"/> 多重残疾儿童 <input type="checkbox"/> 孤独症(谱系障碍) <input type="checkbox"/> 唇腭裂术后言语矫治 <input type="checkbox"/> 视觉康复训练 <b>辅助器具类补助:</b> <b>肢体残疾辅助器具:</b> <input type="checkbox"/> 假肢 <input type="checkbox"/> 矫形器 <input type="checkbox"/> 其它肢体类辅助器具: _____ _____ <b>视力残疾辅助器具:</b> <input type="checkbox"/> 低视力助视器 <input type="checkbox"/> 盲用辅具 <b>听力残疾辅助器具:</b> <input type="checkbox"/> 助听器 <input type="checkbox"/> 人工耳蜗产品 <b>其它(请注明):</b> _____								

	<p>同一类辅助器具规定年限内不重复补助。既往接受过国家和本市各类人工耳蜗项目补助的残疾儿童，不再享受本救助制度补助。</p> <p>自主选择康复服务机构名称：_____</p> <hr/> <p style="text-align: right;">监护人签字：          监护人手印：          申请日期： 年 月 日</p>
<p>以上各栏遇“□”时，请在选择项打“√”。根据残疾类别和康复需求，残疾儿童可以同时申请多类别的救助内容。</p>	
<p>受理人审核</p>	<p>审核意见：          该残疾儿童符合《天津市残疾儿童康复救助制度实施办法》及本区残疾儿童康复救助规定的申请条件，申请救助内容基本符合实际需求，准予救助。          救助标准经基本医疗保障报销后，对个人自费部分最高补助_____万元。康复训练类每月不超过0.24万元均衡使用。个人自费部分低于补助限额的，按照实际发生额补助。</p> <p style="text-align: right;">残联工作人员签字：          日期： 年 月 日</p>
<p>区残联审核</p>	<p>区残联审核意见：</p> <p style="text-align: right;">审核人签字：          日期： 年 月 日          盖章：</p>
<p style="text-align: center;"><b>证件粘贴处</b></p> <p style="text-align: center;">（儿童户口本、残疾人证/诊断证明复印件；          监护人或代理人身份证、户口本，居住证、纳税/社会保险证明复印件）</p> <p style="text-align: center;">（8岁及以上儿童申请人工耳蜗补助，其言语能力评估需达到三级以上，应提供《听觉言语能力评估报告》；低保家庭儿童申请人工耳蜗补助，需提供低保证复印件）</p> <p style="text-align: center;">其它相关证明材料</p>	

注：此表一式三份，受助对象，康复服务机构、区残联各留存一份。

附件 2

天津市河东区残疾儿童康复项目救助申请证明

现有我街道\_\_\_\_\_儿童，基本情况如下：

身份证号：\_\_\_\_\_ 残疾证号：\_\_\_\_\_

监护人 1 姓名：\_\_\_\_\_ 身份证号：\_\_\_\_\_

监护人 2 姓名：\_\_\_\_\_ 身份证号：\_\_\_\_\_

家庭住址：\_\_\_\_\_

联系方式：\_\_\_\_\_

该儿童自\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日起自愿申请在\_\_\_\_\_（定  
点机构全称）接受\_\_\_\_\_康复项目救助，救助内容包  
括\_\_\_\_\_，救助额度\_\_\_\_\_元。

经街道核查，以上情况属实，特此证明。

-----街道（街道公章）

家长签字确认（手印）：

日期： 年 月 日

## 附件 3

### 医疗手术救助知情告知书

在您决定是否申请医疗手术救助项目之前须仔细阅读以下内容，并签署知情同意书。

1、残疾儿童康复救助由天津市和各区人民政府出资，市和各区残联组织实施，包含多项残疾儿童康复救助项目。了解项目内容可以通过：各区残联、各定点康复服务机构等。不要轻信外界宣传内容。

**重点强调：未通过各区残联审核者不能接受救助。**

3、申请康复救助需要做好以下准备：

(1) 提供真实有效的申请材料（如：照片、身份证、户口本、低保证、居住证、纳税/社会保险证明、诊断证明、住院证、费用结算明细、发票等）。

(2) 家庭有能力承担救助补贴之外的相关费用。

(3) 家长要详细了解医疗手术的风险及禁忌症。出现医疗风险按照医疗管理相关规定执行，与残联组织救助无关。

(4) 人工耳蜗手术后还需要开机、调机，这对于孩子的康复非常重要，建议在手术医院或有条件的康复机构进行。

(5) 部分项目在医疗手术结束后，要与康复训练过程相衔接才能取得较好的康复效果，家长需尽力配合康复训练及长期跟踪评估。

(6) 家庭要有专人陪伴孩子，共同做好医疗手术及术后康复训练。

(7) 家长要对医疗手术后的康复效果有适当的期望值。术后康复效果与多种因素有关，如患者体质、发育情况、术前及术后康复训练情况、家长配合程度、孩子智力水平和个体差异，以及目前的医疗水平及其它难以预测的问题等。如术后康复效果未能达到期望值，家长应予以理解。

(8) 部分辅助器具产品，如人工耳蜗、助听器等，属于贵重物品需要长期维护、保养，需多加爱惜。使用中如遇问题，应及时与医疗手术医院或产品供应公司联系处理。在保修期内出现故障，由产品供应公司负责维修；在保修期外出现故障，由申请家庭自行承担维护修费用。

附件 4

## 医疗手术救助知情同意书

我已认真阅读《医疗手术救助知情告知书》，知晓医疗手术可能产生的风险和申请救助所需条件。我自愿申请并做以下承诺：

●我自愿申请天津市残疾儿童康复救助，遵守相关要求，服从残联组织审核，服从手术医院、定点康复机构等安排。

●我承诺自愿承担医疗手术风险；

●我能够积极配合医疗手术安排，准备好相关费用；

●我们会陪伴孩子，坚持术后长期康复训练；

●我对医疗手术康复效果已有适当的期望值，对术后康复效果未能达到心理预期有思想准备。

●我已自愿选择在\_\_\_\_\_接受医疗手术服务，并积极配合长期跟踪评估。

●我承诺无偿配合开展残疾儿童康复救助工作宣传和学术交流。

残疾儿童姓名：\_\_\_\_\_

监护人姓名：\_\_\_\_\_

签字日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

附件 5

天津市残疾儿童康复救助项目接收表

(试行)

康复服务机构名称 (盖章) :

儿童姓名		性别		民族		年龄	
身份证号				残疾证号			
申请服务项目	1. 2. 3. 4. 5.						
本机构能够提供的服务项目	1. 2. 3. 4. 5.						
本机构不能提供的服务项目	1. 2. 3. 4. 5. 建议转至 _____						

填表人:

填表日期:

需反馈至\_\_\_\_\_区残联

注: 此表一式两份, 康复服务机构留存一份, 并在受理服务三日内反馈残疾儿童所在区残联一份。

## 天津市残疾儿童康复救助项目记录表

(试行)

儿童姓名		性别		民族		年龄	
身份证号			住址				
监护人姓名			身份证号				
联系方式	手机 1:		手机 2:		座机:		
监护人申请	<p><b>医疗手术类补助:</b></p> <input type="checkbox"/> 角膜移植手术 <input type="checkbox"/> 先天性白内障复明手术(一期、二期、同期) <input type="checkbox"/> 唇腭裂手术 <input type="checkbox"/> 人工耳蜗手术、开机及术后一年内的调机 <input type="checkbox"/> 髋关节发育不良适配吊带、支具、石膏裤 <input type="checkbox"/> 肢体残疾矫治手术及术后院内康复 <p><b>康复训练类补助:</b></p> <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 智力 <input type="checkbox"/> 多重残疾儿童 <input type="checkbox"/> 孤独症(谱系障碍) <input type="checkbox"/> 唇腭裂术后言语矫治 <input type="checkbox"/> 视觉康复训练 <p><b>辅助器具类补助:</b></p> <p><b>肢体残疾辅助器具:</b> <input type="checkbox"/>假肢    <input type="checkbox"/>矫形器  <input type="checkbox"/>其它肢体类辅助器具: _____</p> <p><b>视力残疾辅助器具:</b> <input type="checkbox"/>低视力助视器    <input type="checkbox"/>盲用辅具  <b>听力残疾辅助器具:</b> <input type="checkbox"/>助听器    <input type="checkbox"/>人工耳蜗产品  <b>其它(请注明):</b> _____</p>						
康复服务记录 (医师、教师、治疗师、技师、训练指导师等填写此栏。遇“□”时,请在选择项打“√”)	<p><b>医疗手术类:</b></p> 医疗手术部位 _____ 医疗手术方式 _____ 医疗手术日期:     年   月   日至     年   月   日 医疗手术效果: <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 较好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 较差 <input type="checkbox"/> 无效 人工耳蜗调机效果: <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 较好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 较差 <input type="checkbox"/> 无效 <p><b>康复训练类:</b></p> 服务类型: <input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 非全日制 服务时间:     年   月   日至     年   月   日 康复训练效果: <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 较好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 较差 <input type="checkbox"/> 无效 <p><input type="checkbox"/>辅助器具类: <input type="checkbox"/>适配   <input type="checkbox"/>维修   <input type="checkbox"/>更换</p> <p><input type="checkbox"/>假肢、矫形器 装配部位: _____ 类型: _____</p> <p><input type="checkbox"/>其它类辅助器具 品名 1. _____ 2. _____ 型号 1. _____ 2. _____</p> 辅助器具补偿效果: <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 较好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 较差 <input type="checkbox"/> 无效 <input type="checkbox"/> 助听器 听力损失: 左耳_____分贝, 右耳_____分贝 助听器品名: _____ 型号: _____ 补偿效果: 左耳_____ 右耳_____ <b>人工耳蜗产品型号:</b> _____ 植入体: _____ 体外机: _____ 服务日期:     年   月   日						
本人对上述服务及效果确认无误。							
监护人签字: 日期:				负责人签字: 康复服务机构: (盖章) 日期:			

注: 此表一份, 定点服务机构填写报区残联留存备查。

## 天津市残疾儿童康复救助项目费用结算表

(试行)

康复机构名称(盖章):

儿童姓名		性别		民族		年龄	
身份证号			住址				
监护人姓名		身份证号					
联系方式	手机 1:		手机 2:		座机:		
康复服务费用情况	<b>医疗手术类:</b>						
	医疗手术总费用_____医保报销_____个人自费_____						
	人工耳蜗手术及调机费_____医保报销_____个人自费_____						
项目补贴_____							
<b>康复训练类:</b>							
自 年 月 日至 年 月 日							
康复训练总费用_____医保报销_____个人自费_____							
康复补贴费用 _____							
<b>辅助器具类:</b>							
产品名称: _____							
产品型号: 1. _____ 2. _____ 3. _____							
辅助器具总费用_____其中医保报销_____个人自费_____							
项目补贴_____							
监护人确认	<b>请抄写:</b>						
	我承诺残疾儿童户籍及其他相关重要信息无变化。						
	抄写处: _____						
签字: _____ 日期: _____							
<p>票据粘贴处 (原件)</p>							

注: 此表一式两份, 残疾儿童家长一份, 另一份由康复服务机构报送区残联用于经费结算用。



附件 8

## 天津市河东区残疾儿童康复救助项目费用汇总表

机构名称：（盖章）

开户行：

账号：

序号	儿童姓名	身份证号	户籍地址	监护人	联系电话	接受服务项目	每月补助经费(万元)			经费合计 (万元)	记录 表√	结算 表√	备注
							月	月	月				
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
合计													

填表人：

结算时间：自 年 月 日至 年 月 日

填表日期：