附件

**广州市残疾儿童异地康复救助项目内容和标准一览表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 资助项目 | 资助条件 | | | | | | | | 资助标准 | | | | | | 服务实施 机构性质 | |
| 年龄 要求 | 残疾等级 | 残疾类别 | 疾病诊断结果 | | | 其他条件 | | 补贴 上限 | 实施要求 | | | 实施时限 | |
| 资质要求 | | 内容要求 |
| 1-6岁残疾儿童人工耳蜗植入术资助 | 1-6岁 | 一、二级 | 听力残疾 | 无需 | |  | 本办法印发之日起，（以手术日为准）接受人工耳蜗植入术，人工耳蜗费用按照《广州市医疗保障局关于将人工耳蜗纳入广州市社会医疗保险统筹基金支付范围的通知》（穗医保规字〔2020〕5号）的要求纳入社会医疗保险统筹基金支付范围。 | | 1.5万元/人 | 提供一次性手术费用资助。 1.申请人为本市医疗救助对象、本市医疗救助购买服务救助对象的，手术费经社会医疗保险、医疗救助、医疗救助购买服务项目救助按规定报销后个人支付部分低于资助标准的，按个人实际支付费用给予资助。 2.申请人不属于本市医疗救助对象、本市医疗救助购买服务救助对象的，手术费经社会医疗保险按规定报销后个人支付部分低于资助标准的，按个人实际支付费用给予资助。 | | | 一次性资助。申请人在本办法有效期内享受上述残疾矫治手术康复资助待遇1次。本办法实施前已经享受过同类待遇的，不予资助。 | | 符合条件的医疗机构 | |
| 资助项目 | 资助条件 | | | | | | | | 资助标准 | | | | | 服务实施 机构性质 | |
| 年龄要求 | 残疾等级 | 残疾类别 | 疾病诊断结果 | | | | 其他条件 | 补贴 上限 | | 实施要求 | 实施时限 | |
| 资质要求 | | 内容要求 | |
| 0-6岁残疾儿童肢体畸形矫治术资助 | 0-6岁 | 一至四级 | 肢体残疾 | 二级以上（含二级）公办医疗机构 | | 诊断描述为肢体功能障碍并需要接受残疾矫治手术 | | 本办法印发之日起，（以手术日为准）接受肢体畸形矫治术。《残疾人证》和《疾病诊断结果》二者有一项具备即可。 | 1万元/人 | |  |  | |  | |
| 0-14岁听力语言残疾儿童康复训练资助 | 0-4岁 | 无需 | | 二级以上（含二级）公办医疗机构 | | 诊断描述为双耳听觉功能障碍 | | 无 | 1700元/月 | | 资助资金当月累计，不滚存。 | 在符合要求的年龄段内每个资助年度资助12个月。 | | 符合条件的医疗机构或非医疗机构 | |
| 4-14岁 | 一至 四级 | 听力残疾 | 无需 | | | |
| 0-14岁低视力残疾儿童康复训练资助 | 0-14岁 | 三、 四级 | 视力残疾 | 二级以上（含二级）公办医疗机构 | 诊断描述为具有弱视等低视力障碍 | | | 《残疾人证》和《疾病诊断结果》二者有一项符合即可 | 1200元/月 | | 在符合要求的年龄段内每个资助年度资助12个月。最长资助期为72个月。 | | 符合条件的医疗机构 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 资助项目 | 资助条件 | | | | | | | | 资助标准 | | | 服务实施 机构性质 |
| 年龄 要求 | 残疾等级 | | 残疾类别 | 疾病诊断结果 | | | 其他条件 | 补贴 上限 | 实施要求 | 实施时限 |
| 资质要求 | | 内容 要求 |
| 0-17岁智力残疾儿童康复训练资助 | 0-6岁 | 无需 | | | 二级以上（含二级）公办医疗机构 | | 诊断描述为智力障碍 | 无 | 1700元/月 | 资助资金当月累计，不滚存。 | 在符合要求的年龄段内每个资助年度资助12个月。 | 符合条件的医疗机构或非医疗机构 |
| 7-14岁 | 一至 四级 | 智力残疾 | | 无需 | | |
| 15-17岁 | 符合条件的医疗机构 |
| 0-17岁孤独症谱系障碍儿童康复训练资助 | 0-6岁 | 无需 | | | 三级以上（含三级）公办医疗机构 | 诊断描述为孤独症谱系障碍 | | 无 | 符合条件的医疗机构或非医疗机构 |
| 7-14岁 | 一至 四级 | 智力残疾或精神残疾 | | 三级以上（含三级）公办医疗机构 | 诊断描述为孤独症谱系障碍 | | 《残疾人证》和《疾病诊断结果》二者须同时具备。 |
| 15-17岁 | 符合条件的医疗机构 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 资助项目 | 资助条件 | | | | | | | 资助标准 | | | 服务实施 机构性质 |
| 年龄 要求 | 残疾等级 | | 残疾类别 | 疾病诊断结果 | | 其他条件 | 补贴 上限 | 实施要求 | 实施时限 |
| 资质要求 | 内容要求 |
| 肢体残疾康复训练资助 | 0-6岁 | 无需 | | | 二级以上（含二级）公办医疗机构 | 诊断描述为肢体功能障碍或脑瘫。 | 无 | 1700元/月 | 资助资金当月累计，不滚存。 | 在符合要求的年龄段内每个资助年度资助12个月。 | 符合条件的医疗机构 |
| 7-14岁 | 一至 四级 | 肢体残疾 | | 无需 | |
| 14-17岁 | 1.患有偏瘫、截瘫、骨关节疾病五年内； 2.接受残疾矫治手术后两年内有康复训练需求；  3.外伤致残两年内。 | 1.每个资助年度资助12个月。最长资助期为36个月。 2.14岁以上接受肢体残疾康复训练资助期满的残疾人，如再次发生中风、截瘫、骨关节疾病、外伤和进行残疾矫治手术情况，有康复需求的，可以再次申请在医疗机构开展的肢体残疾康复服务资助，资助期限为36个月。累计资助满72个月的，不再予以资助。 |

**有关说明：**

1.关于年龄的说明：

1-6岁指截至申请康复资助当年度的11月30日止年龄满一周岁，不满7周岁。

0-6岁指截至申请康复资助当年度的11月30日止年龄不满7周岁。

0-4岁指截至申请康复资助当年度的11月30日止年龄不满5周岁。

0-14岁指截至申请康复资助当年度的11月30日止年龄不满15周岁。

14岁以上指截至申请康复资助当年度的11月30日止年龄已满15周岁。

0-17岁指截至申请康复资助当年度的11月30日止年龄不满18周岁。

2.关于出具疾病诊断结果机构的说明：有关机构应在本市或居住地行政区划范围内。

3.关于疾病诊断结果形式的说明：疾病诊断结果应当由医师签字并加盖医师执业所在医疗机构的诊断专用章