|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| **重庆市万盛经济技术开发区民政局文件** |
| 万盛经开民发〔2023〕37号 |
|  |
|  |

重庆市万盛经开区民政局

转发《重庆市民政局关于实施2022—2023年

“福康工程”项目的通知》的通知

各镇人民政府、各街道办事处：

为落实《重庆市民政局关于实施2022—2023年“福康工程”项目的通知》（渝民〔2023〕134号）文件要求，针对具有重庆市户籍的低保对象、特困人员、孤儿和事实无人抚养儿童、低保边缘家庭、脱贫不稳定户、边缘易致贫户和因病因灾因意外事故等刚性支出较大或收入大幅缩减导致基本生活出现严重困难户中的残疾人以及公办社会福利机构实施“福康工程”项目（两年内本项目或残联组织同类项目帮扶过的对象原则上不得申报），为受助对象配置假肢、矫形器、轮椅、拐杖、助行器、护理床等康复辅助器具，从中筛选具有手术适应症的肢体（脊柱除外）畸形患者进行手术矫治，并进行康复训练。

请各镇街加强政策宣传，做好“福康工程”项目申报及资格审核工作，及时收集、汇总符合条件受助对象的申报材料，并将相关材料于2023年8月18日前报送至区民政局社会组织和社会事务科，联系人：罗沛；联系电话：18716388778。

万盛经开区民政局

2023年8月4日

（此件公开发布）

渝民〔2023〕134号

重庆市民政局

关于实施2022—2023年“福康工程”

项目的通知

各区县（自治县）民政局，两江新区社会保障局、西部科学城重庆高新区公共服务局、万盛经开区民政局，市民政医院：

为落实中央和市委、市政府关于巩固脱贫攻坚成果的决策部署，全面推进乡村振兴，切实做好我市“福康工程”项目实施工作，根据《重庆市“福康工程”项目实施细则（修订）》（渝民〔2022〕174号）相关规定和残疾人实际需求，考虑到2022年疫情影响有关情况，经研究，决定将2022—2023年“福康工程”项目同步实施。现将有关事项通知如下：

一、项目实施对象与内容

（一）受助对象。“福康工程”项目实施范围为具有重庆市户籍的低保对象、特困人员、孤儿和事实无人抚养儿童、低保边缘家庭、脱贫不稳定户、边缘易致贫户和因病因灾因意外事故等刚性支出较大或收入大幅缩减导致基本生活出现严重困难户中的残疾人，以及公办社会福利机构。两年内本项目或残联组织同类项目帮扶过的对象原则上不得申报。

（二）服务内容。为受助对象配置假肢、矫形器、轮椅、拐杖、助行器、护理床等康复辅助器具，从中筛选具有手术适应症的肢体（脊柱除外）畸形患者进行手术矫治，并进行康复训练。

二、实施步骤

“福康工程”项目由市民政局统一组织，区县民政部门协助开展，公开招标确定定点服务机构（公开招标确定定点服务机构前暂由市民政医院协助办理资料收集）。

（一）申报筛查（2023年8月5日—2023年8月25日）

1.个人申请。2023年8月20日前，有需求的残疾人向户籍所在地的乡镇（街道）提交书面申请。

2.申报审核。2023年8月25日前，各区县民政部门摸排本区县符合条件受助对象的手术矫治、康复辅具需求，建立需求汇总表（附件1）；会同本级残联对残疾人提交的申请材料进行初审、初筛；符合条件的，由区县（自治县）民政部门审核后，将附件1、附件2等相关资料一并报送（或邮寄）至市民政医院（联系人：张小娟，联系电话：18523465564），由市民政医院汇总报送市民政局审批。

3.筛查评估。定点服务机构初步掌握相关残障人的基本情况后，会同各区县民政部门确定评估时间，分别对经审核确定的残疾人就手术、各类康复辅助器具需求开展筛查、评估，确定救助名单，并将筛查、评估结果及时汇总报送市民政局。

（二）辅具适配（2023年9月15日—2023年12月5日）

定点服务机构根据救助对象名单及适配建议实施辅具配备工作，并根据对象实际情况开展一对一康复训练指导。

（三）矫治手术（2023年9月—2023年11月）

定点机构根据救助对象名单及手术适应症实施相应的矫治手术治疗，根据患者实际情况开展康复训练。

（四）抽查评估（2023年12月）

市民政局（或委托单位）采取入户调查、电话回访等形式，按照不低于受助对象人数30%的比例，对项目实施情况进行抽查评估。评估结果作为确定和调整定点服务机构和其他康复辅助器具产品供应单位的重要依据，及衡量相关单位和地区年度工作绩效的重要内容。

（五）核实结算（2023年12月）

定点机构将项目实施相关材料提交市民政局核实结算并存档。

（六）跟踪回访（2023年12月—2024年2月）

回访是检验辅具适配、手术疗效的一项重要内容，是了解服务对象满意度的直接方法。项目救助对象适配辅助器具、矫治手术实施后2个月内，项目定点服务机构（或委托单位）采用入户或电话跟踪等方式定期回访，了解辅助器具产品质量、使用状况、手术疗效、康复效果等，并收集整理存在的问题，将有关情况记入残疾人辅助器具配备档案。

三、工作要求

（一）加强组织领导。“福康工程”项目作为落实中央巩固脱贫攻坚成果，全面推进乡村振兴决策部署的重要举措，充分体现党和政府对残疾人事业的高度重视和关心。各区县民政部门要高度重视，加强组织协调，密切沟通配合定点服务机构，切实解决项目实施中的实际困难，确保项目的顺利实施。市民政局将根据各区县申报情况适时进行公示，并将项目实施工作纳入年度考核。

（二）强化宣传培训。要广泛利用各种新闻媒体，通过多种形式，加强“福康工程”项目宣传推广，让广大残疾人切实获益，让全社会广泛了解彩票公益金使用情况；要加强对“福康工程”项目参与人员的培训，熟悉项目内容和流程，提高项目实施效果。项目定点服务机构根据实施计划各阶段任务重点，汇总并分析区县申报的信息数据，定期将项目进度和存在的问题及时报送市民政局，严格时间节点，有力有序推进各项工作。

（三）确保项目质量。各区县民政部门要加强同项目定点服务机构的信息沟通，建立联络机制，明确项目负责人，动态掌握残疾人基本信息，高效做好救助对象摸底筛查。定点服务机构要着力保证手术矫治康复成功率和假肢矫形器安全配置合格率，保证轮椅、拐杖、助行器等康复辅具质量，提高救助对象满意度。要利用多种媒体渠道，及时公开项目开展相关信息，做到公开透明，主动接受社会各界监督，全力推动“福康工程”项目高质量实施。

附件：1.重庆市“福康工程”假肢、矫形器、手术矫治及其他康复辅具需求统计表

2.“福康工程”项目申请表

3.“福康工程”手术康复患者筛查登记表

4.“福康工程”假肢矫形器患者筛查登记表

5.“福康工程”轮椅等康复辅助器具筛查登记表

6.“福康工程”项目资助表

重庆市民政局

2023年8月2日

附件1

重庆市“福康工程”假肢、矫形器、手术矫治及其他康复辅具需求统计表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目 | 数量 | 计量单位 | 备注 |
| 1 | 小腿假肢 |  |  |  |
| 2 | 大腿假肢 |  |  |  |
| 3 | 前臂假肢 |  |  |  |
| 4 | 上臂假肢 |  |  |  |
| 5 | 矫形器 |  |  |  |
| 6 | 轮椅 |  |  |  |
| 7 | 拐杖 |  |  |  |
| 8 | 助行器 |  |  |  |
| 9 | 护理床 |  |  |  |
| 10 | 肢体畸形矫治手术（脊柱除外） |  |  |  |
| 11 | 康复训练（项目矫治手术后） |  |  |  |

区/县民政局（盖章）

填表日期： 年 月 日

附件2

“福康工程”项目申请审批表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名  （机构全称） |  | | | |
| 身份证号 | （机构不填此栏） | 联系电话 | （机构不填此栏） | |
| 居住地（机构驻地）地址 |  | 户籍地址 |  | |
| 申请人（机构）类别  （可多选） | □低保对象☑特困人员 □低保边缘家庭□脱贫不稳定户 □孤儿和事实无人抚养儿童 □边缘易致贫户和因病因灾因意外事故等刚性支出较大或收入大幅缩减导致基本生活出现严重困难户 □公办残疾人福利机构 | | | |
| 个人申请内容  （可多选） | □手术□康复□假肢□矫形器  □轮椅□拐杖□助行器□护理床 | 机构申请类别及数量（个人不填） | |  |
| 委托人（机构联系人）姓名 |  | 联系电话 | |  |
| 乡镇（街道）审核意见 | （盖章）  年 月 日 | | | |
| 区县民政部门审核意见 | （盖章）  年 月 日 | | | |
| 定点机构筛查情况 | □符合手术康复条件  □符合假肢矫形器配置条件  □已填报康复辅具配发需求  （盖章）  年 月 日 | | | |
| 市民政局审批意见 | （盖章）  年 月 日 | | | |

附件3

“福康工程”手术康复患者筛查登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 身份证号 | 现居住地 | 诊断 | 是否符合  手术/康复 | 联系人  及电话 |
|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件4

“福康工程”假肢矫形器患者筛查登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 身份证号 | 现居住地 | 诊断 | 是否符合假肢、  矫形器配置 | 联系人及电话 |
|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件5

“福康工程”轮椅等康复辅助器具筛查登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 身份证号 | 现居住地 | 功能障碍情况 | 对康复辅助器具产品需求（轮椅、拐杖、助行器、护理床） | 联系人及电话 |
|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件6

**编号：**

**“福康工程”项目个人档案**

**（此表适用于“福康工程”手术康复、假肢矫形器配置）**

患者姓名：

填报机构（定点机构）：

填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者基本信息 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | | |  | | 性别 | |  | | 民族 | |  | | | 患者照片 | | |
| 出生日期 | | |  | | 身份证号 | | | |  | | | | |
| 住址 | | |  | | | | | | | | | | |
| 个人情况 | | | □低保对象 □特困人员 □低保边缘家庭□脱贫不稳定户 □孤儿和事实无人抚养儿童□边缘易致贫户和因病因灾因意外事故等刚性支出较大或收入大幅缩减导致基本生活出现严重困难户 | | | | | | | | | | |
| 亲属或监护人姓名 | | |  | | | | | | 联系人电话 | |  | | | | | |
| 病情诊断 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 填报资助 金额 | | | 定点机构名称 | | | |  | | | |  | | | |  | |
| 医疗费 | | | | | | | | | | | | | |
| 手术诊疗 | | 康复 | |  | |  | |  | |  | | 小计 | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 假肢矫形器配置费 | | | | | | | | | | | | | |
| 假肢 | | 矫形器 | |  | |  | |  | |  | | 小计 | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 扣除项目 | | | | | | | | | | | | | |
| 医保报销 | | 大病保险 | | 医疗救助 | | 慈善捐助 | | 其他 | |  | | 合计 | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| “福康工程”资助金额 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医疗费 | | 假肢矫形器配置费 | |  | |  | |  | |  | | 合计 | | | | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | | | |
| 定点机构 审核意见 | 以上情况属实。 | | | | | | | | | | | | | | |
|
| 审核人： | | | | | | | | | | | | | | |
| （盖章）： | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | | | | | | |

**附：**1.患者医疗费、康复辅助器具配置费等票据;2.患者诊疗记录（包括住院病历等）、假肢矫形器配置档案等；3.患者接受手术和假肢矫形器配置前后对比照片。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.医疗费、康复辅助器具配置费等票据粘贴处** | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.患者诊疗记录（包括住院病历等）、假肢矫形器配置档案等粘贴处** | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
| **3.患者接受手术和假肢矫形器配置前后对比照片粘贴处** | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 抄送：区残联。 |
| 重庆市万盛经开区民政局办公室 2023年8月4日印发 |