广州市海珠区重度残疾人托养服务资助

管理办法(修订意见稿)

为贯彻执行中残联等八部门联合印发《关于印发<关于加快发展残疾人托养服务的意见>的通知》（残联发〔2012〕16号）、省残联三部门联合印发的《关于印发<广东省残疾人托养服务“十二五”实施方案>的通知》（粤残联〔2012〕150号）、广州市人民政府办公厅印发的《广州市残疾人事业“十二五”发展纲要的通知》（穗府办〔2012〕25号）、《广州市人民政府办公厅关于印发广州市残疾人社会保障体系和服务体系建设先行市工作方案（2014—2016年）的通知》（穗府办函〔2014〕137号）等文件精神，为解决我区重度精神、智力、肢体残疾人的托养难问题，减轻残疾人家庭在抚养或赡养、长期看护等方面承担的巨大压力和困难，结合我区实际，现制定本方案。

一、托养资助原则

（一）以政府经费资助，不足部分个人补足的方式，充分利用社会资源拓展托养服务，逐步建立适应残疾人托养需求的托养资助服务体系；

（二）坚持托养资助公益性方向，以解决残疾人困难为目标；

（三）托养资助以残疾人为本，针对残疾人的不同身心特点和康复需求，实施有针对性的服务，以改善残疾人的生存状况；

（四）依据轻重缓急，轮候轮换的原则，根据全区残疾人及其家庭的托养需求和经费情况，严格把关，逐步解决有迫切托养需求的重度残疾人的托养资助问题。

二、托养资助条件

托养资助对象必须同时符合下列（一）、（二）项的条件，并具有（三）、（四）或（五）项之一的:

（一）具有广州市海珠区户籍并持有第二代《中华人民共和国残疾人证》；

（二）须参加广州市职工医疗保险或城镇居民基本医疗保险；

（三）经监护人同意，年龄在16至60周岁无就业的一、二级智力残疾人；

（四）本人自愿，年龄在16至60周岁无就业的一、二级肢体残疾人（同时存在智力或精神残疾的多重残疾人需监护人同意）;

（五）经监护人同意，年龄在16至60周岁，无就业且在精神病专科医院住院满一年以上的一、二级重度精神残疾人。

三、托养资助标准

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 家庭经济情况 | 资助标准 | | |
| 一、二级智力残疾人 | 一、二级肢体残疾人 | 一、二级精神残疾人 |
| 低保、低收入家庭 | 政府定额资助每人每月1500元，不足部分由被托养人一方补足 | 政府定额资助每人每月1500元，不足部分由被托养人一方补足 | 直接报销住院期间每人每月  不超过1500元的非医疗费用 |
| 非低保、低收入家庭 | 政府定额资助每人每月800元，不足部分由被托养人一方补足 | 政府定额资助每人每月800元，不足部分由被托养人一方补足 | 直接报销住院期间每人每月  不超过800元的非医疗费用 |

肢体同时存在智力或精神残疾的多重残疾人的寄宿托养，根据其家庭经济情况及所在托养机构性质按上述标准进行资助，同一年度只能申请一项资助，不能累加。

若被托养人在托养期间家庭经济状况发生变化的，按照当年的审核资助金额进行资助。

四、托养机构确定

（一）托养服务机构须为在本市行政区域内，经当地政府有关部门批准依法成立，具有残疾人托养服务资质的企事业单位、社会团体、个人或其他社会力量举办的民办非企业单位；

（二）精神类残疾人由监护人自行选择本市辖内有医保定点的精神类专科医院；

（三）重度智力、肢体类残疾人由本人和监护人自行选择符合《广州市民办残疾人服务机构资助试行办法》（穗残联〔2012〕11号）规定的残疾人集中托养机构。

五、申报与核定程序

（一）托养资助实行属地化管理。符合申请条件的申请人或监护人，向户籍所在地社区居委会提出申请，根据不同的残疾类别填写《海珠区重度残疾人托养资助服务申请表》一式三份（附件1）,并提供以下资料：

1、申请人的低保证或低收入证原件及复印件各一份；

2、监护人身份证、户口簿原件及复印件各1份；

3、长期住院的重度精神残疾人必须提供由精神病专科医院开具的连续住院满一年以上的医院证明。

（二）由社区居委会加具初审意见（盖章）后，在3个工作日内把相关资料报街道残联；

（三）经街道残联对申请人的基本条件进行复核并加具复核意见（盖章）后，在3个工作日内把相关资料报区残联；

（四）区残联对街道上报的材料进行审核，并在6个工作日内加具审核意见;

（五）区残联把通过审核的《海珠区重度残疾人托养资助服务申请表》返还给街道残联，由街道残联在3个工作日内交还申请人或监护人。审核不通过的书面说明原因，申请表及资料退回街道残联，由街道残联在3个工作日内退回申请人或监护人并做好解释工作；

（六）托养资助申请以自然年度为界，每年申请一次，从区残联审核之日起的次月起开始生效。

六、资助经费结算方式

（一）重度智力、肢体的残疾人的托养资助结算方式：由区残联与托养服务机构每季度按照相关资助标准结算，服务机构需提供每月由托养人或监护人签名确认的《海珠区重度残疾人托养资助服务明细表》（附件2），经区残联审核通过后进行结算。不足一个月的按实际托养天数结算；

（二）长期住院的精神残疾人的资助结算方式：申请人必须提供由医疗机构出具的有关护工费、伙食费、空调费发票等有效票据，享受有关政策性补助的凭证，在广州市农业银行开具的残疾人本人名下的活期存折复印件。按照实际支出额给予申请人报销每人每月不超过资助标准的非医疗费用，每季度报销一次。

七、经费来源

政府资助所需经费每年纳入年度公共财政支出。

八、托养资助终止

符合下列条件之一者，终止在我区的托养服务资助：

（一）被托养人或监护人自行退出托养资助并提出书面申请的；

（二）户口迁出海珠区的;

（三）托养服务机构认为不适宜继续托养的；

（四）被托养人因疾病转介到其他综合性医院治疗期间的；

（五）被托养人死亡的；

（六）被托养人年满60周岁的根据《广州市民政局关于印发广州市公办养老机构入住评估轮候试行办法的通知》（〔2014〕4号）文件执行。

九、服务机构监督和管理

托养机构必须按照服务承诺书的内容开展托养服务。若托养机构违反服务承诺条款，区残联可要求其在规定时间内进行整改，若整改不合格的，则停止其托养资格。

十、区残联职责

（一）负责《广州市海珠区重度残疾人托养服务资助管理办法》的宣传、解释工作；

（二）负责对街道上报资料的审核，并负责确定被托养人；

（三）负责调解和协助处理托养服务工作中的问题及事宜；

（四）负责每年托养服务资助经费的预结算，按时核算支付被托养人政府资助的相关经费；

（五）负责指导服务机构具体实施托养服务。

十一、街道职责

（一）严格核实被托养人的申报材料及上报；

（二）收集和审核重度精神残疾人长期住院报销非医疗费用的相关材料并上报区残联；

（三）与被托养人或监护人及其家庭保持联系, 同时与托养服务机构保持沟通，经常询问和了解被托养人的托养护理情况；

（四）积极主动配合托养服务机构处理好被托养人在托养期间的突发病及合并症等情况;协助处理在托养期间出现的意外或纠纷，并主动协调；

（五）负责指导协助超过60周岁、符合民政托养政策的重度肢体、智力、精神残疾人办理转介申请手续；

（六）被托养人需纳入街道网格化管理。

十二、法律责任

（一）被托养人或监护人一方和托养机构应当如实提供相关资料，如提供虚假资料的，区残联可取消被托养人或托养机构的托养资格，并应由提供虚假资料的一方赔偿区残联的全部损失。构成刑事犯罪的，移送相关司法机关处理。

（二）承担本区重度残疾人托养相关工作的单位和个人，要严守工作纪律，公正廉洁，严格按照有关规定、程序开展工作。对在开展工作过程中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊、造成不良影响的单位或个人，提请其主管部门或所在工作单位依法、依规予以处理；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

十三、本办法自发布之日起施行，有效期5年。相关法律依据变化或有效期届满，根据实施情况依法评估修订。

附件1.《海珠区重度残疾人托养服务资助申请表》

附件2.《海珠区重度残疾人托养资助服务明细表》

附件3.《海珠区重度残疾人托养资助补贴结算汇总表》

附件1

**海珠区重度残疾人托养服务资助申请表**

**（精神类）**

街道社区、村（居）委会

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人基本情况  请  人  基  本情  况 | 姓名 |  | | | 性  别 |  | 出生  年月 | 年月 | | 大  一  寸  免  冠  照 |
| 残疾  类别 |  | | | 残疾  等级 | | 级 | 家庭  人口 | 人 |
| 身份证号码 |  | | | | | 残疾证号码 |  | |
| 户籍地址 |  | | | | | | 联系电话 |  | |
| 家庭经济状况 | | | | ①低保或低收入家庭□  ②非低保或低收入家庭□ | | | | | |
| 资助方式 | 精神病长期住院托养资助□ | | | | | | | | | |
| 家  庭  成  员  情  况 | 姓名 | | 年龄 | 与申请人关系 | 收入情况 | | 现工作单位 | | | |
|  | |  |  |  | |  | | | |
|  | |  |  |  | |  | | | |
|  | |  |  |  | |  | | | |
| 托养对象及  监护人意见 | | | （姓名）自愿申请在（机构）长期住院，现根据相关资助办法申请不超过元/月的托养资助，本人对申请资料的真实性负责。  申请人签名：申请人身份证号码：  监护人签名：监护人身份证号码：  申请日期：年月日  联系电话：联系地址： | | | | | | | |
| 托养服务机构  意见 | | | （姓名）在本机构接受长期住院服务，护理等级为级，非医疗费用收费标准：托养服务（护工）费元/月，伙食费元/月，其他(请说明)元/月。住院期间因疾病发生的医疗费用，由监护人负责。  （盖章）  年月日 | | | | | | | |
| 社区居委初审  意见 | | | 已对申请人所提交资料进行核实，符合申请条件。  经办人：  （盖章）  年月日 | | | | | | | |
| 街道残联  复核意见 | | | 已对申请人所提交资料复核，符合资助条件，同意申请资助。  经办人：  （盖章）  年月日 | | | | | | | |
| 区残联  审核意见 | | | （盖章）  年月日 | | | | | | | |
| 备注 | | |  | | | | | | | |

本表一式3份，申请人或监护人、街道办事处、区残联各1份，街道复印申请资料留底保存。

**海珠区重度残疾人托养服务资助申请表**

**（肢体、智力类）**

街道社区、村（居）委会

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人基本情况  请  人  基  本情  况 | 姓名 |  | | | 性  别 | |  | 出生  年月 | | 年月 | | 大  一  寸  免  冠  照 |
| 残疾  类别 |  | | | 残疾  等级 | | | 级 | | 家庭  人口 | 人 |
| 身份证号码 |  | | | | | | 残疾证号码 | |  | |
| 户籍地址 |  | | | | | | | | 联系电话 |  | |
| 家庭经济状况 | | | | ①低保、低收入家庭□  ②非低保、低收入家庭□ | | | | | | | |
| 资助方式 | 机构托养服务资助□ | | | | | | | | | | | |
| 家  庭  成  员  情  况 | 姓名 | | 年龄 | 与申请人关系 | | 收入情况 | | | 现工作单位 | | | |
|  | |  |  | |  | | |  | | | |
|  | |  |  | |  | | |  | | | |
|  | |  |  | |  | | |  | | | |
| 托养对象  监护人意见 | | | （姓名）自愿申请在（机构）寄宿托养，同意托养费用除政府资助外的不足部分和医疗费用由本人或监护人负责。  申请人签名：申请人身份证号码：  监护人签名：监护人身份证号码：  申请日期：年月日  联系电话：联系地址： | | | | | | | | | |
| 托养服务机构  意见 | | | （姓名）在本机构接受寄宿托养服务，护理等级为级，收费标准：托养服务（护理）费元/月，床位费元/月，伙食费元/月，其他（请说明）元/月。托养期间因疾病发生的医疗费用，由本人或监护人负责。本机构作为托养服务机构同意并遵守《广州市海珠区重度残疾人托养服务资助管理办法》的规定。  （盖章）  年月日 | | | | | | | | | |
| 社区居委初审  意见 | | | 已对申请人所提交资料进行核实，符合申请条件。  经办人：  （盖章）  年月日 | | | | | | | | | |
| 街道残联  复核意见 | | | 已对申请人所提交资料复核，符合资助条件，同意申请资助。  经办人：  （盖章）  年月日 | | | | | | | | | |
| 区残联  审核意见 | | | 经办人：  （盖章）  年月日 | | | | | | | | | |
| 备注 | | |  | | | | | | | | | |

本表一式3份，申请人或监护人、街道办事处、区残联各1份，街道复印申请资料留底保存。

附件2

**海珠区重度残疾人托养资助服务明细表**

托养服务机构（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 托养年月 | 托养天数 | 满意程度 | 托养人或监护人签名 | 意见或建议 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

填表人：审核人：

填表说明：满意程度为满意、比较满意、不满意；必须是本人或其监护人亲笔签名。本表一式二份，一份由托养机构结算时交给区残联，一份由托养机构存档。

附件3

海珠区重度残疾人托养资助补贴结算汇总表

（20 年月至20 年月）

托养机构（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 残疾证号码 | 残疾类别与  等级 | 残疾人户籍地址 | 资助金额 | 残疾人或监护人  电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 合计 |  |  |  |  |  |

经办人签名：负责人签名：填报时间：

说明：此表一式二份，托养机构自存一份，报送区残联一份。