附件1

南沙区残疾人扶助实施办法实施细则

（征求意见稿）

第一章 总则

为提高残疾人扶助经费使用效率，完善本区残疾人扶助实施体系，保障有扶助需求的残疾人的基本权益，根据《广州市南沙区人民政府办公室关于修订南沙区残疾人扶助实施办法的通知》（穗南府办规字〔2024〕3号）（以下简称《办法》），结合本区实际，制定实施细则如下：

第一条 《办法》扶助对象为持有南沙区残疾人联合会核发有效的《中华人民共和国残疾人证》，且符合扶助条件的南沙区户籍残疾人。

第二条 《办法》扶助资金由区、镇两级财政各按50％的比例分担，各街道的扶助资金由区财政全额负担。

第三条 《办法》扶助范围包括：生活资助、康复资助、托养资助、无障碍资助、教育资助、创业资助、人才奖励等。

扶助途径包括直接资助残疾人和与残疾人服务机构进行代位支付两种形式。

第四条《办法》涉及的残疾人服务机构由区残联通过公开招标或其它方式认定，并向各镇（街）公布当年残疾人服务机构入围结果。

第五条 扶助经费的安排和清算

（一）直接扶助残疾人经费的拨付和清算

区级承担的残疾人扶助经费年初由区残联下拨给各镇，各街道的残疾人扶助经费由各街根据实际情况安排。具体如下：

1.镇（街）残联每年10月份填写《南沙区残疾人扶助实施经费预报表》（附件1）向区残联申报下一年度资金需求计划。

2.区本级负担的资金由区残联通过一般转移支付方式下拨给各镇。

3.各镇应足额配套安排本级应负担部分资金，各街道根据区残联经费测算核定足额列入部门年初预算。

4.镇（街）残联根据开展残疾人扶助工作的实际情况做好日常结算工作。

5.次年2月1日，各镇残联填好《南沙区残疾人扶助实施经费清算确认表》（附件2）报区残联。

6.区残联汇总各镇资金清算情况后，会同区财政对上年度资金进行清算。

（二）与残疾人服务机构代位支付金额的拨付和清算

由区残联直接与服务机构结算，区、镇（街）两级承担经费先由区财政统一支付，年底区财政与各镇（街）进行体制清算。

第二章 扶助项目和标准

生活资助

第六条 残疾人生活补助金（《办法》第六条）

（一）申请对象

具有南沙区户籍，持有有效《中华人民共和国残疾人证》并纳入低保、低边家庭中的残疾人。

（二）补助标准

发放标准为200元/人·月。

（三）办理流程

1**.**以自愿申请为原则，由申请人向户籍所在村（社区）提出申请并填写《南沙区残疾人生活补助金申请审批表》（附件3）。

2.村（社区）收取申请资料进行初审，将符合条件的资料录入广州市一体化在线政务服务平台（以下简称“一体化平台”）并推送到镇（街）残联进行复审；

3.镇（街）残联收到村（社区）推送的申请后于7个工作日内完成网上复审并推送到区残联进行终审；

4.区残联收到每季度镇（街）残联上报的申请后，在20个工作日内完成终审；

5.区残联审核完成后，各镇（街）残联将审核结果及时公示在村（社区）公开栏5天。公示结束后，无异议的由各镇（街）残联汇总制作《南沙区残疾人生活补助金发放汇总表》（附件4）加盖公章后报区残联。对于公示有异议的，镇（街）残联重新调查核实后将调查结果报送至区残联；

6.申请过程中发现有以下情况之一，自情况发生的次月起停止残疾人生活补助的申请发放：

①死亡或宣告死亡；

②经人民法院宣告失踪的；

③户籍迁出南沙区的；

④申请材料弄虚作假的；

⑤复核不符合条件申请的；

⑥残疾人证过期、冻结或注销的；

⑦本人自愿申请停止发放的；

⑧在监狱内服刑的。

对上述第②、④、⑤、⑥项情况有异议且能提供有效证明材料的，残疾人或监护人可于公示期向户籍所在的镇（街）残联提出重新复核申请。

第七条 节日慰问发放（《办法》第七条）

（一）每年春节、中秋节向残疾人发放200元/人·次的节日慰问金。核发名单以区残联在全国残联信息化服务平台导出的名单为准，名单导出的截止时间为节日前20个工作日，各镇（街）残联收到名单后在3个工作日内核实并导入“一体化平台”申请发放。

（二）每年“六一”儿童节向残疾儿童发放300元/人·次的节日慰问金。残疾儿童的核算年龄为截至节日前未满15周岁，核发名单以区残联在全国残联信息化服务平台导出的名单为准，名单导出截止时间为4月最后一个工作日。各镇（街）残联收到名单后在3个工作日内核实并导入“一体化平台”申请发放。

第八条 康复资助（《办法》第八条至十条）

（一）康复资助项目

1.精神残疾人专科门诊治疗；

2.重症精神残疾人住院治疗；

3.残疾少年儿童康复训练；

4.肢体残疾人社区康复训练。

（二）各项康复项目资助标准、资助条件（见附件5）

（三）办理流程

1.以自愿申请为原则，由申请人向户籍所在村（社区）提出申请并填写《南沙区残疾人康复资助申请审批表》（附件6）。申请人因年龄原因不能办理残疾人证的，提供本市具备相应资质的医疗机构出具的医疗诊断材料；

2.村（社区）收取申请资料进行初审，将符合条件的资料于3个工作日内录入“一体化平台”并推送到镇（街）残联进行复审；

3.镇（街）残联收到村（社区）推送的申请后于3个工作日内完成网上复审并推送到区残联进行终审；

4.区残联收到镇（街）残联上报的申请后，在7工作日内完成终审。

（四）申请材料

1.申请精神残疾人专科门诊治疗需提交医疗机构出具的有关病历证明的材料。

2.申请重症精神残疾人住院治疗需提交本市医疗机构出具的加盖医院业务章的《广州市医疗保障医疗费用结算单》原件及对应的医疗机构专用收款票据原件。

3.申请残疾少年儿童康复训练需提交机构出具的评估表。

4.申请肢体残疾人社区康复训练需提交对应医疗诊断材料。

第九条 残疾评定资助（《办法》第十一条）

（一）资助范围及标准

由广州市卫计委和广州市残联确定的残疾评定定点机构（医院）进行评定的，资助其首次办理《中华人民共和国残疾人证》残疾程度评定和必要检查费用，最高资助标准为300元（含）。

（二）办理流程

以自愿为原则，申请人到户籍所在地的镇（街）残联提出申请并填写相关表格（附件7），初审合格后表格由镇（街）残联上传至“一体化平台”。区残联收到平台申请推送后，每半年审批一次。审批通过的由镇（街）残联负责将资助金发放到申请人提供的银行账户。

（三）申请材料

1.《南沙区残疾人首次残疾评定费用资助申请表》1份；

2.广州市残疾等级定点评定机构出具的医疗机构专用收款票据原件；

3.申请人本人（精神、智力和未成年残疾人可以为其监护人）的银行账户资料。

第十条 居家肢体残疾评定（《办法》第十二条）

（一）服务范围

居家残疾评定仅限于申请肢体残疾评定类别，当且仅当申请人属于不能乘坐交通工具到定点评残医院进行残疾评定，且申请人的监护人或者近亲属无力提供协助者，方可申请居家残疾评定。

（二）办理流程

1.申请人向户籍所在地村（社区）提出申请（填写附件8），经村（社区）核实符合条件后，向镇（街）残联申请居家残疾评定；

2.镇（街）残联负责受理经村（社区）核实的居家残疾评定预约工作时，应当认真审核申请人的疾病诊断材料、出院小结等相关病历资料和身体状况，对条件不符合者应对照条件劝退，作出不受理的决定；

3.区残联对镇（街）残联初审通过符合居家残疾评定条件的申请人进行复核，复核通过的，由区残联协调落实居家评定事宜。

在残疾评定现场如发现申请情况不属实，评残医生向残联相关工作人员（陪同人员）说明情况后可以终止该服务。

第十一条 托养资助（《办法》第十三条）

（一）资助标准和范围

1.低保、低边家庭的一、二级重度残疾人按实际费用进行资助，每人每月资助金额最高3500元（含），不累计不滚存；

2.非低保、非低边家庭的成年无收入一、二级重度残疾人按实际费用进行资助，每人每月资助金额最高2500元（含），不累计不滚存。

说明：没有与用人单位签订劳动合同且没有由用人单位购买社会保险的视为无收入。

（二）办理流程

1.以自愿申请为原则，由申请人到户籍所在村（社区）提出申请；

2.村（社区）收取申请资料进行初审，将符合条件的资料录入“一体化平台”并推送到镇（街）残联；

3.镇（街）残联收到村（社区）推送申请后进行复审并推送到区残联；

4.区残联收到镇（街）残联上报的申请后，按季度审批一次。审批通过后，由镇（街）残联将托养资助经费发放到申请人指定的银行账户；

5.审批通过后入住南沙区残疾人托养中心的可申请代位支付，具体结算流程由区残联与区托养中心运营服务机构协商。

（三）申请材料

1.《南沙区重度残疾人托养服务申请表》（附件9）一式两份；

2.托养机构出具的发票凭证。

第十二条 残疾人机动车维修补贴（《办法》第十四条）

（一）资助标准和范围

向本区户籍符合条件的残疾人机动车驾驶员每年发放300元/辆的维修补贴。申请维修补贴应同时满足以下条件：

①持有的残疾人机动轮椅车处于正常使用状态（近两年内年审合格、上一年度在广州市残疾人联合会电子政务平台成功申请了机动轮椅车燃油补贴的，可视作处于正常使用状态）；

②残疾人机动轮椅车驾驶员未满70周岁（《广州市残疾人机动轮椅车车辆管理办法》规定年满70周岁的应报废其持有的残疾人机动车）；

③残疾人机动轮椅车驾驶员上一年度无因酒驾、毒驾和非法营运等行为被交警部门处罚的记录。

（二）办理流程

1.各镇（街）残联在每年3月底前在“一体化平台”录入申请，区残联在4月底前完成审批。

2.区残联审批通过的残疾人机动轮椅车维修补贴，由各镇（街）残联以银行转账的方式发放到申请人指定的银行账号。

第十三条 信息消费补贴（《办法》第十五条）

（一）资助标准和范围

向本区户籍的视力、听力、言语、智力障碍残疾人每年发放300元/人的信息补贴。

（二）办理流程

信息消费补贴的核发名单以区残联每年3月最后一个工作日在《全国残联信息化服务平台》导出的南沙区持证残疾人名单为准。各镇（街）残联收到名单后核实并在4月底前导入“一体化平台”申请，区残联在5月底前完成审批。

第十四条 教育资助（《办法》第十六条）

（一）申请对象

具有南沙区户籍，在广州市内南沙区外的公办特殊教育学校全日制就读学前教育、义务教育、中等教育的残疾学生。

（二）办理流程

1.每年4至5月底，残疾学生填写《南沙区残疾学生跨区就读特殊教育学校交通补助申请表》（附件10），向户籍所在地村（社区）提出申请；

2.村（社区）受理后将申请材料提交至镇（街）残联，同时在“一体化平台”录入申请资料并推送至镇（街）残联；

3.镇（街）残联于6月底前完成申请资料及“一体化平台”数据的审核并形成汇总表提交和推送至区残联；

4.区残联7月底前完成申请资料及“一体化平台”数据的审批；

5.区残联审批通过后，由各镇（街）残联以银行转账的方式发放到残疾学生指定的银行账号。

第十五条 创业资助（《办法》第十七条）

（一）申请条件

1.申请人是南沙区户籍，在法定就业年龄段内，是个体工商户的实际经营者或企业的法定代表人；

2.有固定的经营场所并领取营业执照，正常经营满一年同时在创办主体已购买社会保险满一年，连续3年（第一年申请时间应于创业主体营业执照登记注册满一年后的3个月内，第二、三年申请时间为每满一年后的1个月内进行申请，逾期不受理）；

3.同一残疾人创办一个以上企业（领取营业执照一个以上的）只按一个企业标准给予资助；

4.残疾人自主经营的企业或个体工商户的住所（经营场所）需在南沙区行政区域内；

5.该项资助与人社部门的同类资助不得重复申请；

6.已领取过资助的五年内不得重复申请该项资助。

（二）申请材料

1.南沙区残疾人创业场地租金资助申请报告；

2.南沙区残疾人创业场地租金资助申请表（附件11）；

3.残疾人业主的银行帐号资料复印件1份（包括姓名、帐号、开户银行XX银行XX支行）；

4.个体户或企业住所（经营场所）的现场照片（至少3张）；

5.租赁合同复印件1份；

6.每月租金发票凭证复印件1份；

7.购买社会保险凭证。

（三）办理流程

1.申请人填写《南沙区残疾人创业场地租金资助申请表》（附件11）和提交所需资料，向户籍所在地村（社区）提出申请；

2.村（社区）受理后将申请材料提交至镇（街）残联，同时在“一体化平台”录入申请资料推送至镇（街）残联；

3.镇（街）残联到创业主体实地查看后对申请资料及“一体化平台”的数据进行审核并形成汇总表提交和推送至区残联；

4.区残联到创业主体实地查看后对申请资料及“一体化平台”的数据进行审批；

5.区残联审批通过后，由各镇（街）残联以银行转账的方式发放到申请人指定的银行账号。

第十六条 人才奖励（《办法》第十八条）

1. 文化体育类奖励

1.对当年内在由区残联组织参加的国际、全国、省、市、区文体比赛取得名次的残疾人运动员给予一次性奖励，奖励标准如下：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **比赛级别** | **名次** | **奖金额（元）** | **备注** |
| **全国运动会** | 第一名 | 10000 | 双打、团体类比赛获得名次的，参照个人项目奖励标准进行奖励，队员平分奖金。 |
| 第二名 | 8000 |
| 第三名 | 5000 |
| 其它名次 | 1500 |
| **省级运动会** | 第一名 | 5000 |
| 第二名 | 3000 |
| 第三名 | 1500 |
| 其它名次 | 500 |
| **市级运动会** | 第一名 | 3000 |
| 第二名 | 1500 |
| 第三名 | 1000 |
| 其它名次 | 200 |
| **区级运动会** | 第一名 | 2000 |
| 第二名 | 1000 |
| 第三名 | 500 |
| 其它名次 | 100 |

2.在国际性体育比赛中获得名次的，由区残联另行报请区政府决定奖励标准；

3.每年12月31日前，获奖残疾人可通过广东政务网或者向镇（街）残联提出奖励申请；

4.各镇（街）残联负责受理并登记残疾人的获奖情况，填写《南沙区残疾人比赛获奖信息登记表》（附件12），打印并盖章后于次年1月10日前交区残联审核。

（二）获得职称证书奖励

1**.**申请对象

对通过全国统考、人社部门评定、企事业单位（需具有省级及以上人社部门认可的职称自主评审权）内部评审取得专业技术资格证书的残疾人（不含政府编制内残疾人），给予一次性奖励。

2.申请材料

（1）《南沙区残疾人获得职称证书奖励申请表》（附件13）；

（2）职称证书复印件1份（原件核对后退回）；

（3）职称评审（认定）申报表或考试成绩合格材料复印件1份。

3.办理流程

（1）残疾人在获得职称证书当年或次年的4月1日至5月底提交申请所需资料向户籍所在地村（社区）提出申请；

（2）户籍所在地村（社区）受理后将申请材料提交至镇（街）残联，同时在“一体化平台”录入申请资料并推送至镇（街）残联；

（3）镇（街）残联于6月底前完成申请资料及“一体化平台”数据的审核并形成汇总表提交和推送至区残联；

（4）区残联7月底前完成申请资料及“一体化平台”数据的审批。

（5）区残联审批通过后，由各镇（街）残联以银行转账的方式发放到残疾学生指定的银行账号。

第三章 管理与监督

第十七条 残疾人及相关服务机构对本人或本机构所提供的申请材料，服务项目的准确性、真实性及实施效果负责，不得弄虚作假骗取资金。违反规定的，依据法律、法规给予相关责任人相应处罚。构成犯罪的，依法追究刑事责任。

## 第十八条 残疾人因身体原因无法自行完成申请的，可委托其监护人、亲属或其所在村（社区）的工作人员代为办理。

第四章 附则

第十九条 本细则由广州市南沙区残疾人联合会负责解释，自印发之日起施行，有效期5年。相关法律、法规、规章政策变化，根据实施情况依法评估修订。

附件：1.《南沙区残疾人扶助实施经费预报表》

2.《南沙区残疾人扶助实施经费清算确认表》

3.《南沙区残疾人生活补助金申请审批表》

4.《南沙区残疾人生活补助金发放汇总表》

5.南沙区残疾人扶助实施办法康复资助条件与标准

6.《南沙区残疾人康复资助申请审批表》

7.《南沙区残疾人首次残疾评定费用资助申请表》

8.《南沙区居家肢体残疾评定申请表》

9.《南沙区重度残疾人托养服务申请表》

10.《南沙区残疾学生跨区就读特殊教育学校交通补助申请表》

11.《南沙区残疾人创业场地租金资助申请表》

12.《南沙区残疾人比赛获奖信息登记表》

13.《南沙区残疾人获得职称证书奖励申请表》

## 附件1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| XX年南沙区残疾人扶助实施经费预报表 | | | | | | | | | |
| 填报单位（盖章）： 金额单位：元 | | | | | | | | | |
| **生活资助**  **（《办法》第六条至第七条）** | | **康复资助**  **（《办法》第八条至十二条）** | | **托养资助 （《办法》第十三条）** | | **无障碍资助**  **（《办法》第十四至第十五条）** | | **教育资助**  **（《办法》第十六条）** | |
| 资助 数量 | 资助金额 | 资助 数量 | 资助金额 | 资助 数量 | 资助金额 | 资助 数量 | 资助金额 | 资助  数量 | 资助金额 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **创业资助**  **（《办法》第十七条）** | | **人才奖励**  **（《办法》第十八条）** | | **\*\*\*年扶助实施经费预算合计** | | | | | |
| 合计 | | 区级按比例应承担资金  （50%） | | 镇按比例应承担资金  （50%） | |
| 资助 数量 | 资助金额 | 资助 数量 | 资助金额 |  | |  | |  | |
|  |  |  |  |  | |  | |  | |

## 领导签名： 经办人签名： 填报时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2 XX年南沙区残疾人扶助实施经费清算确认表 | | | | | | | | | | | | |
| 填报单位（盖章）： 金额单位：元 | | | | | | | | | | | | |
| **生活资助**  **（《办法》第六条至第七条）** | | **康复资助**  **（《办法》第八条至十二条）** | | **托养资助 （《办法》第十三条）** | | | **无障碍资助**  **（《办法》第十四至第十五条）** | | **教育资助 （《办法》第十六条）** | | | |
|
| 资助 数量 | 资助金额 | 资助 数量 | 资助金额 | 资助 数量 | 资助金额 | | 资助 数量 | 资助金额 | 资助  数量 | | 资助金额 | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
| **创业资助**  **（《办法》第十七条）** | | **人才奖励**  **（《办法》第十八条）** | | \*\*\*\*年实际支出数 | | | | \*\*\*\*年区级下达  资金数 | | \*\*\*\*年区级清算  结余（超支）数 | | |
| 实际支出总额 | | 区级按比例  应承担金额 | |
| 资助 数量 | 资助金额 | 资助 数量 | 资助金额 |
|  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | |
| 领导签名： 经办人签名： 填报时间： | | | | | | | | | | | |  |

附件3

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 南沙区残疾人生活补助金申请审批表 | | | | | | | | | | | |
| 南沙区 镇（街） 村（社区） 年度 | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | 出生年月 |  | | | | | 联系电话 | |  | |
| 残疾证号 |  | | | | 残疾类别 | | |  | 残疾等级 | |  |
| 居住地址 |  | | | | | | | | | | |
| 申请对象家庭经济状况 | 是否持有《广州市城乡居民最低生活保障证》或《广州市最低生活保障边缘家庭证》。  □是 □否 | | | | | | | | | | |
| 开户银行 | □工商银行 □农业银行 □中国银行 □建设银行 □邮储银行 □广发银行 □交通 | | | | | | | | | | |
| 银行 □农信社（农商银行） □其他 | | | | | | | | | | |
| 银行支行名称 | | | | | | | | | | |
| 开户人姓名 |  | 社保卡/银行卡号码 | | | | |  | | | | |
| 本人已了解相关政策，并承诺表格中所填写的全部内容及所提供的全部材料均合法、真实、有效，无虚假欺骗和隐瞒。如有虚假，愿承担相应的责任并退回多领取的补助资金。 | | | | | | | | | | | |
| 申请人（或代办人）签名： | | | | | | 年 月 日 | | | | | |
| 代办人姓名 |  | 身份证号码 | |  | | | | | 联系电话 | |  |
| 与申请 人关系 | □父子/父女 □母子/母女 □兄弟姐妹□配偶 □（外）祖孙 □其他 | | | | | | | | | | |
| 村（社区）  初审意见 |  | | | | | | | | | | |
| 审核人： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 镇（街）残联审核意见 |  | | | | | | | | | | |
| 审核人： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 区残联审核意见 |  | | | | | | | | | | |
| 审核人： 年 月 日 | | | | | | | | | | |

附件4

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 南沙区残疾人生活补助金发放汇总表 | | | | | | | | | | |
| 填报单位（公章）： | | | 年度第 季 | | |  | 制表人： | 时间： | | |
| **序号** | **村（社区）** | **姓名** | **残疾证号** | **残疾类别** | **残疾等级** | **家庭经济情况** | **申请月份** | **总额** | **公示时间** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 经办人： 审核人： | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件5  南沙区残疾人扶助实施办法康复资助条件与标准 | | | | | |
| **序号** | **资助**  **类别** | **资助项目** | **资助条件** | **资助标准上限** | **备注** |
| 1 | 康复  资助 | 精神残疾人专科门诊治疗 | ①持有精神残疾人证或多重残疾中含有精神类别的；②持有智力残疾人证或多重残疾中含智力残疾类别的需提交医疗机构出具并加盖医院业务章的本市二级（含二级）公办以上设有精神科的医疗诊断材料。 | 300元/人·月 | 广州市南沙区公共卫生临床中心和番禺区第三人民医院为资助定点医院。 |
| 2 | 重症精神残疾人住院治疗 | 持有精神残疾人证或多重残疾中含有精神残疾类别的。 | 6000元/人·年，每年在资助限额内不限资助次数 |
| 4 | 0-14岁肢体（含脑瘫）残疾少年儿童康复训练 | 0-6岁的申请人没有办理残疾类别为“肢体残疾”的《残疾人证》，可提供本市二级以上（含二级）公办医疗机构出具的肢体功能障碍或脑瘫的医疗诊断材料。 | 2000元/人·月 | 服务地点：南沙区残疾人康复中心（地址：广州市南沙区黄阁镇黄梅路 395 号二楼和三楼） |
| 7-14岁的申请人持有残疾类别为“肢体残疾”的《残疾人证》。 |
| 5 | 0-14岁视力残疾少年儿童康复训练 | 0-14岁的申请人持有残疾类别为“视力残疾”的《残疾人证》或提供本市二级以上（含二级）公办医疗机构出具的弱视、双眼盲等视力障碍医疗诊断材料。 |
| 6 | 0-14岁智力残疾少年儿童康复训练 | 0-6岁的申请人没有办理残疾类别为“智力残疾”的《残疾人证》，可提供本市二级以上（含二级）公办医疗机构出具的智力障碍医疗诊断材料。 |
| 7-14岁的申请人持有残疾类别为“智力残疾”的《残疾人证》。 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **资助**  **类别** | **资助项目** | **资助条件** | **资助标准上限** | **备注** |
| 7 | 康复  资助 | 0-14岁听力残疾少年儿童康复训练 | 0-4岁的申请人没有办理残疾类别为“听力残疾”的《残疾人证》，可提供本市二级以上（含二级）公办医疗机构出具的双耳听觉功能障碍医疗诊断材料。 | 2000元/人·月 | 服务地点：南沙区残疾人康复中心（地址：广州市南沙区黄阁镇黄梅路 395 号二楼和三楼） |
| 5-14岁的申请人持有残疾类别为“听力残疾”的《残疾人证》。 |
| 8 | 0-14岁孤独症残疾少年儿童康复训练 | 0-6岁的申请人需提供本市三级以上（含三级）公办医疗机构出具的孤独症谱系障碍的医疗诊断材料。 |
| 7-14岁的申请人需提供本市三级以上（含三级）公办医疗机构出具的孤独症谱系障碍的医疗诊断材料，并持残疾类别为“智力残疾”或“精神残疾”的《残疾人证》。 |
| 9 | 肢体残疾人社区康复训练服务 | 具有以下情况之一的肢体残疾人：①患有偏瘫、截瘫、骨关节疾病5年内；②接受残疾矫治手术后两年内有康复需求的；③外伤致残两年内 | 800元/人·月 | 区定点服务机构 |

附件6

南沙区残疾人康复资助申请审批表

南 沙 区 街（镇） 村 （社区） 年度

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | | | | 出生年月 | | | | |  | | | | | | | | |  |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 残疾人证号  （持证必填） |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 个人相片  （0-16岁必贴） |
| 残疾类别 | □视力 □听力 □言语 □肢体 □智力 □精神 （多重残疾可多选） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 残疾等级 | □一级 □二级 □三级 □四级 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居住地址 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请类型 | 1. **医疗康复类** 2. 精神残疾人专科门诊治疗资助 □ 3. 重症精神残疾人住院治疗资助 □   **二、康复训练类**  （一）0-14岁肢体（含脑瘫）残疾少年儿童康复训练 □  （二）0-14岁视力残疾少年儿童康复训练 □  （三）0-14岁智力残疾少年儿童康复训练 □  （四）0-14岁听力残疾少年儿童康复训练 □  （五）0-14岁孤独症残疾少年儿童康复训练 □  **三、肢体残疾社区康复服务** □ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 康复机构名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请资助时长  （有月份要求  的填写） | 年 月至 年 月 | | | | | | | | 申请资助总额 | | | | | | 元 | | | | | | | |
| 联系人姓名 |  | | | | 联系人手机号码 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 与申请人关系 | □本人 □父子/父女 □母子/母女 □兄弟姐妹 □配偶 □（外）祖孙 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 联系人身份证号码 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代位支付申请 | 本人委托本人户籍地南沙区残疾人联合会办理本人的康复救助补贴结算手续并代位本人向服务机构支付本人应向该机构支付康复服务费用。委托期限自签订本委托书之日起至本资助年度止。  委托人（本人或其代理人）：  日 期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 申请人信用承诺 | 本人自愿作出如下郑重承诺：  一、承诺提交的申请材料和结算凭证均为真实资料，愿意对所提交资料的真实性负责。  二、承诺自觉接受有关部门对所接受服务的真实性、规范性核查。  三、承诺如有违反政策要求的行为，愿意按照相关政策接受相应处理。  承诺人（本人或其代理人）： 与康复资助申请人关系：  承诺日期： 年 月 日 |
| 村（社区）意见 | 审核人：  盖 章：  日 期： |
| 街(镇)残联  审核意见 | 审核人：  盖 章：  日 期： |
| 区残联  审批意见 | 综合意见：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  资助项目：  资助时间： 年 月至 年 月，共 个月  同意资助总额（元）：  审核人：  经办人： 盖 章：  日 期： |

注：1.本表由康复资助申请人或代理人填写。

2.区残联审批通过后，区残联和镇街残联保存申请表复印件，服务机构保存申请表原件，服务项目结束后，服务机构将服务档案交回给区残联保管。

附件7

南沙区残疾人首次残疾评定费用资助申请表

南沙区 镇（街） 村 （居） 年度

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | |  | 民族 | | |  | | | 出生  年月 | |  |
| 残疾类别 | 视力□ 听力□ 言语□ 肢体□ 智力□ 精神□（多重可以多选） | | | | | | | | | | | | |
| 残疾等级 | 一级□ 二级□ 三级□ 四级□ | | | | | 残疾  证号 | | |  | | | | |
| 家 庭  地 址 |  | | | | | | | | | 联系  电话 | |  | |
| 申请资助  项目 | 首次办理《残疾人证》残疾程度评定和必要检查费用资助 | | | | | | | | | | | | |
| 首次办证  时间 |  | | 申请资助金额 | | | | 元 | | | | | | |
| 个人或  监护人  申 请 | **本人承诺所有材料和凭证真实有效，愿对所提交的整套资料负责，如有弄虚作假，愿意退还所得资助。**  申请人签名： 日 期： | | | | | | | | | | | | |
| 镇（街）残联审核意见 | 公 章：  审核人： 日 期： | | | | | | | | | | | | |
| 区残联  审批意见 | 审批意见：同意申请□ 不同意申请□      公 章：  审批人： 日 期： | | | | | | | | | | | | |

附件8

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 南沙区居家肢体残疾评定申请表  所属镇（街）： | | | | | |
| **申请人姓名** |  | **性别** |  | **年龄** |  |
| **户 籍** |  | **身份证号** |  | | |
| **现住址** |  | | | | |
| **申请人现状及致残主要原因** |  | | | | |
| **申请人承诺** | 本人因肢体严重障碍，无法自行乘坐交通工具前往定点评残医院进行残疾评定，且我的监护人、近亲属无能力协助我前往医院评残，现特申请居家残疾评定。上述所列情况均属实，如有不实，愿终止居家评残服务。  申请人（签名）： 监护人或家属（签名）： | | | | |
| **村（社区）**  **意见** | **情况属实，同意申请。**  经办人（签名）： 村（社区）盖章： | | | | |
| **镇(街）残联**  **意见** | **情况属实，同意申请。**  经办人（签名）：  理事长（签名）： 镇（街）残联盖章： | | | | |
| **区残联审批**  **意见** |  | | | | |

附件9

南沙区重度残疾人托养服务申请表

所属镇（街）： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基 本 资 料** | **姓名** |  | | | | **性别** | | |  | | | | | **出生日期** | | | | | | | | |  | | | | | | | | 贴相片处  （2寸彩色近照  相片） | | | | | |
| **残疾类别** | □视力 □听力 □语言 □肢体 □智力 □精神 □多重 | | | | | | | | | | | | | | **残疾**  **等级** | | | |  | | | **婚姻**  **状况** | | |  | | | | |
| **户籍地址** | 镇/街 村/居 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **申请人**  **详细住址** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **残疾证号** |  |  |  |  | |  |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  |  | | |  | |  | |  | |  |  |  |
| **监护人**  **姓名** |  | | | **与监护人**  **关系** | | | | | |  | | | | | | | **监护人联系方式**  **（手机及固话）** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **监护人**  **详细住址** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **邮政编码** | | | | | | |  | | | | | | | |
| **备注：相关文件邮寄上述地址视为送达** | | | | | | | | | | | | | | |
| **申请托养机构**  **名称** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **家庭经济状况** | | □低保家庭 □低边家庭 □成年无收入 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **低保、低边**  **证件号** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **医疗保障情况** | | □ 城镇职工医保 □ 城乡居民医保 □ 其它医保 □ 无医保 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **生活自理程度** | | □ 完全自理 □ 部分自理 □ 不能自理 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **家庭成员** | | 姓名 | | | 性别 | | | 出生日期 | | | | | 关系 | | | | | | | 身份证号码 | | | | | | | | | | | | | 职业 | | | |
|  | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **紧急情况**  **联系人** | 第一联系人 | 姓名： |  | | 与托养人员关系 |  |
| 身份证号码 |  | | | 联系电话、固话 |  |
| 详细住址 |  | | | | |
| 第二联系人 | 姓名： |  | | 与托养人员关系 |  |
| 身份证号码 |  | | | 联系电话、固话 |  |
| 详细住址 |  | | | | |
| **现申请残疾人托养服务，以上情况填写真实，若日后经查情况不实，本人愿意承担相应的法律**  **责任。**  申请人（监护人）签名： 日期： 年 月 日 | | | | | | |
| **代位支付申请（仅限于申请入托南沙区残疾人托养中心）** | 本人委托本人户籍地南沙区残疾人联合会办理本人的托养资助结算手续并代位本人向服务机构支付本人应向该机构支付托养服务费用。委托期限自签订本委托书之日起至本资助年度止。  委托人（本人或其代理人）：  日 期： 年 月 日 | | | | | |
| **托养服务**  **中心评估**  **意见** | 评估人： 签名（盖章） | | | | | |
| **村（居）意见** |  | | | **镇街残联**  **复核意见** |  | |
| **区残联**  **审核意见** |  | | | | | |

**说明：申请表必须一式两份，准确、完整填写信息并务必双面打印。**

附件10

南沙区残疾学生跨区就读特殊教育学校

交通补助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学生姓名 | | |  | | 性别 | |  | 残疾人证号 | | |  | | | | | | |
| 出生年月 | | |  | | 身份证号 | | |  | | | | | | 民族 | | |  |
| 家庭住址 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 学生户籍 | | | 区 街道(镇) 居委(村) | | | | | | | | | 家庭电话 | | |  | | |
| 学校全称 | | |  | | | | | | | | | 学生所在班级 | | |  | | |
| 教育形式 | | | 全日就读（ ）半日就读（ ）每周定时上课 （ ） 每月定时上课（ ） | | | | | | | | | | | | | | |
| 学校地址 | | |  | | | | | | | 是否寄宿 | | | 是（） 否（） | | | | |
| 家庭  成员  情况 | 称谓 | | | 姓 名 | | 身份证号 | | | | 工作单位 | | | 文化程度 | | | 月收入 | |
| 父亲 | | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | |
| 母亲 | | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | |
| **本人/监护人承诺所填报的信息和提交的资料均真实、合法、有效，如有虚报、瞒报，愿承担相应的法律责任并全额退回资助款。**    申请人（签名并加盖手指摸）： 申请日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 学  校  证  明  意  见 | | 班主任签名：  （学校盖章）  年 月 日 | | | | | | 村  （居）  证  明  意  见 | 家庭经济情况证明：  1.该家庭属低保家庭（ ）；  2.该家庭属低收入家庭（ ）；  3.该家庭属特困职工（ ）；  4.除上述以外其他情况（ ）。  核验人签名：  （村（社区）盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 镇（街）残联审核意见 | | 根据《广州市南沙区人民政府办公室关于印发南沙区残疾人扶助实施办法的通知》（穗南府办规〔2024〕3号）第十六条规定，经审核，同意予以资助金额¥   元。  审核人签名：  （公章）  年 月 日 | | | | | | 区残联审批意见 | 根据《广州市南沙区人民政府办公室关于印发南沙区残疾人扶助实施办法的通知》（穗南府办规〔2024〕3号）第十六条规定，经审核，同意予以资助金额¥   元。  审核人签名：  （公章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| **备注** | | **1、仅限于广州市内南沙区外全日制就读公办特教学校的学前教育、义务教育、中等教育阶段的残疾学生申请。2、本申请表一式两份且务必双面打印。3、如申请人未能签名，可由监护人代签同时加盖申请人的手指摸。** | | | | | | | | | | | | | | | |

附件11

南沙区残疾人创业场地租金资助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 残疾证号 |  | | 残疾类别和等级 | |  |
| 户籍地址 | |  | | | 手机号码 |  | | |
| 商户名称 | |  | | | 营业执照注册时间 | 年 月 日 | | |
| 营业执照注册地址 | |  | | | 统一信用代码 |  | | |
| 租赁合同起始时间 | | 年 月 日至 年 月 日 | | | | 本次申请资助起始时间 | 年 月 日  至 年 月 日 | |
| 每月租金（元） | |  | 每年租金（元） | |  | 本次申请资助金额（万元） |  | |
| **本人承诺所填报的信息和提交的资料均真实、合法、有效，如有虚报、瞒报，愿承担相应的法律责任并全额退回资助款。**    申请人（签名）： 申请日期： 年 月 日 | | | | | | | | |
| **村（社区）意**  **见** | 意见：  经办人： 负责人： 单位盖章：    年 月 日  负责人签名：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |
| **镇（街）**  **残**  **联**  **意**  **见** | 意见：  经办人： 负责人： 单位盖章：  年 月 日 | | | | | | | |
| **区残联审批意见** | 根据《广州市南沙区人民政府办公室关于印发南沙区残疾人扶助实施办法的通知》（穗南府办规〔2024〕3号）第十七条的相关规定，经审核，同意予以资助金额 ¥ 元（金额大写：¥ 万 仟 佰 拾 元 角 分）。  经办人： 审核人： 负责人： （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |
| **备注** | **1、首次申请时间应于创业主体营业执照登记注册满一年后的3个月内，第二、三年申请时间为每满一年后的1个月内进行申请，连续3年，逾期不再受理，不追溯。2、本申请表一式两份且务必双面打印。** | | | | | | | |

附件12

年度南沙区残疾人比赛获奖信息登记表

填报单位（盖章）： 填报日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **镇（街）** | **姓名** | **参赛名称** | **获奖项目（作品）** | **名次** | **开户支行** | **银行账号** |
| 示例1 | XXX | XXX | 广东省第九届残疾人运动会 | 男子S11级50米自由泳 | 第一名 | 广州农商行麒麟支行 | 1234567890000 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

附件13

南沙区残疾人获得职称证书奖励申请表

南沙区 街（镇） 村（居委）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性别 |  | 文化程度 | |  | | | 民族 |  |
| 残疾证号 | |  | | | | | | | | | | |
| 工作单位 | |  | | | | | | | | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | 联系电话 | |  | | |
| 取得方式 | | □全国统考 □人社部门评定 □企事业单位内部评审 | | | | | | | | | | |
| 职称名称 | | |  | | | | 专 业 | |  | | | |
| 级 别 | | |  | | | | 通过时间 | |  | | | |
| 证书编号 | | |  | | | | 发证时间 | |  | | | |
| 评审组织名称 （仅限于评审类填报此项） | | |  | | | | | | | | | |
| **本人承诺所填报的信息和提交的资料均真实、合法、有效，如有虚报、瞒报，愿承担相应的法律责任并全额退回奖励金。**    申请人（签名）： 申请日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 村（社区）意见 | 意见：  经办人： 负责人： 单位盖章：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 镇（街）  残联意见 | 意见：  经办人： 负责人： 单位盖章：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 区残联 审批意见 | 根据《广州市南沙区人民政府办公室关于印发南沙区残疾人扶助实施办法的通知》（穗南府办规〔2024〕3号）第十八条第三款的相关规定，经审核，同意予以一次性奖励金额¥ 元（金额大写：¥ 万 仟 佰 拾 元 角 分）。  经办人： 审核人： 负责人： （盖章）    年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| **备注** | **1、仅限于获得证书当年或次年的4-5月提出申请，逾期不受理，不追溯。2、获得两个或以上同级别证书只可以享受一次奖励；同一年度获得两个或以上不同级别证书，按最高级别申请奖励。3、本申请表一式两份且务必双面打印。** | | | | | | | | | | | |