

亳残联〔2024〕10号

**亳州市残疾人联合会 亳州市教育局  
亳州市公安局 亳州市民政局 亳州市财政局  
亳州市卫生健康委员会  
关于印发 2024 年《困难残疾人康复工程  
实施方案》的通知**

各县（区）残联、教育局、公安局、民政局、财政局、卫生健康委：

现将 2024 年《困难残疾人康复工程实施方案》印发给你们，  
请结合实际，认真贯彻执行。

亳州市残疾人联合会

亳州市教育局

亳州市公安局

亳州市民政局

亳州市财政局

亳州市卫生健康委员会

2024年4月19日

## 困难残疾人康复工程实施方案

为改善困难残疾人康复状况，着力提高困难残疾人社会保障和服务水平，根据《安徽省人民政府关于建立残疾儿童康复救助制度的实施意见》（皖政〔2018〕84号）、《亳州市人民政府关于建立残疾儿童康复救助制度的实施意见》（亳政秘〔2018〕267号）

和《安徽省民生工作领导小组办公室关于 2024 年实施 50 项民生实事的通知》（皖民生办〔2024〕1 号）精神，按照安徽省残疾人联合会 安徽省教育厅 安徽省公安厅 安徽省民政厅 安徽省财政厅 安徽省卫生健康委员会《关于印发 2024 年困难残疾人康复工程实施方案》（皖残联〔2024〕11 号）的要求，制定本实施方案。

## **一、困难精神残疾人药费补助**

### **（一）目标任务**

2024 年，为全市 8690 名困难精神残疾人提供药费补助。补助经费专项用于精神残疾人治疗精神疾病的药费补助，提倡使用治疗精神疾病的第二代药物。

### **（二）补助标准**

每人每年补助 1000 元，所需经费由省级财政与市县财政共同承担。省级补助部分，由省财政通过转移支付方式拨付至各县（区）财政部门。县（区）残联负责审核、统计汇总补助对象基本情况，并向财政部门提出资金申请，通过国库集中支付方式将补助资金打卡发放至补助对象在金融机构开设的银行账户并标识“精补”。

### **（三）项目管理**

1.困难精神残疾人药费补助项目实行动态管理。补助对象基础信息和补助情况应及时录入“残疾人精准康复系统”，县（区）残联负责基础信息数据库的日常管理及有关报送工作。

2.规范工作流程。新增补助对象本人或其监护人要向户籍

所在地乡镇（街道）残联提出申请，填写《困难精神残疾人药费补助审批表》（附件4），同时出具以下证明材料：一是精神类别残疾人证；二是精神病门诊或住院治疗病历等证明材料，其中应有当年或上一年度的诊疗记录。县（区）残联须对上一年度受助对象进行年审，对不符合救助条件的及时调整。

各地结合实际，优先考虑将录入公安机关治安重点人管理信息系统的困难精神残疾人纳入补助范围。对个别有肇事肇祸倾向或行为、影响社会安定，经医院鉴定后确系困难精神障碍患者而本人不愿意办理残疾人证的，由医院出具诊断证明、监护人申请、乡镇（街道）及以上残联审核，应予纳入精神残疾人药费补助范围，其相关申请、审批证明等资料应专项收集管理。

3.明确责任分工。在当地党委政府领导下，各级残联、教育、公安、民政、卫生健康等部门要充分发挥本部门职能，进一步明确任务，落实责任，坚持制度衔接，保障项目落实落地，全面接受社会监督，确保符合条件的对象得到救助。

## **二、残疾儿童康复救助**

### **（一）目标任务**

2024年，为1332名符合条件的视力、听力、言语、肢体、智力等残疾儿童和孤独症儿童提供康复训练救助。

### **（二）补助标准**

残疾儿童康复训练补助标准按每人每年不低于1.5万元实施，

具体按各县（区）残疾儿童康复救助制度实施意见执行。

### （三）资金拨付

1.残疾儿童康复救助项目经费由县（区）人民政府负责，中央及省级和市级补助资金已按照《亳州市财政局关于下达 2024 年中央、省和市级残疾人事业发展补助资金的通知》（亳财社资金〔2024〕26 号）拨付至各县（区）级财政部门。

2.残疾儿童康复救助项目经费由各市、县（区）级残联向同级财政部门申报，按规定支付。资金拨付应当依据当地残疾儿童康复救助制度相关规定执行，参照政府购买服务资金支付的要求落实。

3.在定点医疗康复机构进行康复的，所发生的费用符合当地城乡居民基本医疗保险报销目录的按规定报销。

4.残疾儿童康复救助项目资金实行专款专用，可统筹用于残疾儿童康复训练、矫形器和辅具适配等。各县（区）可结合实际情况，适当增加残疾儿童在训期间的生活补贴，以减轻残疾儿童家庭负担。生活补贴资金打卡发放。

### （四）项目管理

1.根据《安徽省残疾儿童康复救助定点机构康复服务协议管理办法（试行）》（皖残联〔2020〕44 号）和《关于进一步加强残疾儿童康复救助各类定点机构监管工作的通知》（亳残联〔2019〕10 号）要求，加强定点康复机构准入、退出等监管，结合政府购

买服务的相关要求，对定点机构加强服务监督与协议管理，建立定期检查、综合评估机制，对服务协议履行情况进行考核验收，规范残疾儿童康复救助服务。优先将符合条件的民政部门设立儿童福利机构纳入当地残联定点康复机构。

2.在选择定点康复机构和转介安置工作中，各级残联要尊重残疾儿童监护人的意愿，方便其根据工作和生活需要选择符合条件的定点机构进行康复训练。对于省外定点机构的选择，经县（区）残联审核同意在有关定点康复机构接受康复服务发生的费用，由县（区）级残联商同级财政部门明确结算办法，补助标准低于安徽省标准的按当地标准执行。

3.县（区）残联与辖区内定点机构签订康复服务协议，双方按协议规定承担各自责任与义务。残联组织和定点机构要严格遵循协议约定，认真履行服务协议。加强风险防控，提高服务质量。县（区）残联要督促定点机构依据各级残联关于困难残疾人康复工程和精准康复服务有关文件要求，增强责任意识，强化服务意识，改善服务条件，优化服务流程，为残疾儿童提供质优价廉、规范便捷的康复服务，提高服务对象满意度。

4.确保残疾儿童真实在训，严禁名下无人、空占救助名额套取项目资金。残疾儿童因病（事）终止康复训练7个工作日内，定点康复机构应及时向属地残联备案；救助对象无故中途终止康复训练或无故半个月未归者，即视为自动放弃，机构应在事发后

10个工作日内通报其户籍所在地残联，并及时查询督查复训或安排替补。

5.定点机构须与每位在训残疾儿童监护人签订属地残联制订的规范制式的康复安置协议，明确双方责任和义务。按照康复训练技术规范和质量标准，保障在训儿童训练时间，不断提高训练质量和训练效果。各级残联要高度重视安全管理工作，定期组织相关部门对定点机构进行安全管理工作检查。

6.按照《关于规范全省残疾儿童康复档案使用管理的通知》要求，建立规范的残疾儿童康复档案，实行一人一档管理，档案的保管期限不少于服务协议期满后五年，定点机构应当保护残疾儿童及其监护人的个人信息。

7.残疾儿童康复救助项目实行动态监管。各地要持续加强残疾儿童经办服务水平，必须做到5个工作日内审核残疾儿童康复救助信息。救助对象基础信息和康复情况应及时录入“残疾儿童康复救助综合管理平台系统”，县（区）残联负责基础信息数据库的日常管理及有关报送工作。

8.相关部门以适当方式公示受助对象基本情况，主动接受社会监督。

9.各级残联应当会同教育、民政、卫生健康、市场监管等部门加强监督，对违反残疾儿童康复救助制度及服务协议约定的定点机构，应视情况，责令其限期改正，暂停、取消其资格，或按有

关规定纳入社会信用体系黑名单，予以信用惩戒。对违反其他法律法规和政策规定的，由相关部门依法依规处理。

### **三、残疾人基本型辅助器具补贴**

#### **（一）目标任务**

2024 年，为全市 2662 名有需求的持证残疾人适配基本型辅助器具给予补贴。为 132 名残疾儿童适配假肢矫形器或其他辅具提供救助。

#### **（二）补助标准**

1.基本型辅助器具补贴标准：根据《亳州市残疾人基本型辅助器具适配补贴暂行办法》（亳残联〔2023〕24 号）中明确规定的补贴人群、辅具种类、标准等，在规定的使用年限内进行补贴。

2.残疾儿童适配假肢矫形器每人补助 5000 元，适配辅具每人补助 1500 元，包含产品（材料）购置、评估、制作、服务费等，具体按各地有关实施意见执行。

#### **（三）项目管理**

1.加强组织领导。残疾人辅助器具适配是保障残疾人基本生存和发展的重要基础，是残疾人基本公共服务的重要内容。各地要充分认识做好残疾人辅助器具适配工作的重要性和紧迫性，加强组织领导，明确工作责任，完善工作机制，确保残疾人辅助器具适配工作的顺利开展，并按照残疾人实际需求，合理安排资金用于残疾人辅助器具服务。



## 2.规范工作流程。

（1）申请。残疾人本人（或监护人）带残疾人证、身份证或户口本到户口所在地乡镇（街道）残联提出申请，填写《安徽省残疾人基本型辅助器具适配补贴申请审批表》（附件7）。申请有困难的，也可委托他人代为申请。

（2）初审。乡镇（街道）残联对申请人提供的申请材料进行初审。

（3）复审。县（区）残联进行复审。

（4）评估。有条件的县（区）残联可依托残联下属服务机构或自行成立的专业技术组开展评估；不具备条件的，可协议定点辅助器具服务机构开展评估。基本型辅助器具部分，应由持对应方向辅助器具工程师证的工作人员或者接受过对应方向辅助器具业务培训的技术人员完成；假肢矫形器等处方辅助器具，应由执业医师配合假肢矫形器技师共同完成。确有困难的，可向市残联申请由省辅助器具中心给予支持完成。各类评估均应按照残疾人申请类别填写相应的辅具评估适配表（附件8-12）。

（5）购买和补贴。各县（区）残联应依据补贴办法或实施细则中辅助器具目录进行购买，并参照相应补贴标准，开展实物或货币化补贴。

（6）适配。产品供应商根据县（区）残联提供的辅助器具需求，及时完成配送；对需评估的辅助器具，服务机构完成评估后，

应及时提供辅助器具适配、适应性训练、使用指导和定制、维修等服务。

（7）结算。县（区）残联根据实际适配情况与产品供应商、服务机构进行资金结算。

### 3. 细化服务要求。

县（区）残联要坚持医工结合、科学适配原则，统筹组织辖区内执业医师、假肢矫形器技师和辅具专业人员组成的专业技术组对需要评估的残疾人进行评估定性、适配定方、服务定项，并提出辅助器具适配建议。各级残联要继续按照《关于进一步做好辅助器具采购项目合同履行验收工作的通知》（皖残联办〔2022〕8号）工作要求，进一步强化主体责任，建立健全辅具质量常态化监管机制，做实做细采购物资的验收、发放、登记等工作，并填写《\_\_\_\_县（区）辅具适配登记汇总表》和《辅具产品验收情况表》（附件13-14）。各县（区）要统筹中央、省、市和县四级财政安排的可用于残疾人辅助器具适配的经费，保障残疾人基本型辅助器具补贴民生实事顺利实施。各县（区）残联要加强对定点辅助器具服务机构的监管，建立定期检查、综合评估机制，指导定点辅助器具服务机构规范内部管理、改善服务质量、加强风险防控，及时查处违法违规行为，避免发生安全责任事故，确保残疾人人身安全。

## 四、实施要求

（一）规范使用项目资金，大力加强专项资金监管力度。各级残联和财政部门要根据安徽省财政厅、安徽省残疾人联合会关于印发《安徽省残疾人事业发展补助专项资金管理办法》的通知（财社〔2017〕332号）和相关财务管理制度规定等，合规使用项目资金，专款专用，按进度完成资金拨付。大力加强项目资金监管力度，加强专项资金绩效管理，建立绩效评估、绩效评价和绩效管理成果应用等全过程绩效管理体系。对弄虚作假、违反资金使用规定或挤占、挪用项目资金的单位及个人，将追究责任。

（二）积极开展项目宣传，努力提升困难残疾人康复工程知晓率。各级残联等相关部门要高度重视项目宣传发动工作，积极创新宣传形式，丰富宣传内容，运用各种传播方式、技术手段，做好残疾人康复训练、医疗保障、救助政策等重要政策及康复知识宣传工作，切实提高困难残疾人康复工程知晓率，努力提升受助困难残疾人及家庭满意度。通过各种媒体宣传党和政府对广大残疾人的关爱，宣传典型受助对象医治康复事例，动员社会对残疾人康复工作给予更多的支持，努力营造扶残助残的良好社会氛围。

（三）健全工作机制，确保年度目标任务全面完成。市残联对困难残疾人康复工程进展情况开展月调度，自2024年4月开始，各县（区）要于每月23日前将困难残疾人康复工程进展情况报至市残联综合科，市残联对各地工作开展情况将适时进行通报。继续

开展全市困难残疾人康复工程绩效评价、日常督导及调研，确保困难残疾人康复工程年度目标任务顺利完成。

困难残疾人康复工程是残疾人精准康复服务行动和残疾儿童康复救助制度落实中的重点工作，各地要聚焦残疾人康复需求，强化基本康复保障，提高精准调度和科学监督水平。

本实施方案由市残联和市财政局等相关单位负责解释。

附件：1.2024 年困难精神残疾人药费补助任务建议目标

2.2024 年残疾儿童康复救助任务建议目标

3.2024 年残疾人基本型辅助器具服务任务建议目标

4.困难精神残疾人药费补助审批表

5.困难精神残疾人药费补助汇总表

6.残疾儿童康复救助项目安置（转送）考核表

7.安徽省残疾人基本型辅助器具适配补贴申请审批表

8.肢体辅具评估适配表

9. 假肢处方表

10.矫形器处方表

11.视力辅具评估适配表

12.听力辅具评估适配表

13.\_\_\_\_县（区）辅具适配登记汇总表

14.辅具产品验收情况表

附件 1

2024 年困难精神残疾人药费补助任务建议目标

地 区	困难精神残疾人药费补助（人）
-----	----------------

合 计	8690
涡阳县	1975
蒙城县	1975
利辛县	2344
谯城区（含高新区）	2396

附件 2

2024 年度残疾儿童康复救助任务建议目标

地 区	残疾儿童康复训练（人）
合 计	1332
涡阳县	273
蒙城县	348
利辛县	343
谯城区（含高新区）	368

附件 3

2024 年残疾人基本型辅助器具服务任务  
建议目标

单位：人

地 区	辅具补贴任务数	儿童辅助器具	儿童假肢矫形器
合 计	2662	62	70
涡阳县	509	15	17
蒙城县	598	16	17
利辛县	700	16	17
谯城区（含 高新区）	855	15	19



## 附件 4

## 困难精神残疾人药费补助审批表

县(区) 乡镇(街道) 村(社区)

姓名		性别		残疾人证号	
经济状况	<input type="checkbox"/> 1.低保户 <input type="checkbox"/> 2.家庭经济困难				
医保情况	<input type="checkbox"/> 1.城乡居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 2.民政医疗救助 <input type="checkbox"/> 3. 其他医疗保险 <input type="checkbox"/> 4.无医疗保险				
银行账号或一卡通号	开户行： 账号：				
监护人姓名		与患者关系		联系电话	
监护人承诺	一、保证药费补助金按规定使用； 二、监护病情，督促病人按时服药、体检和复查； 三、自觉履行监护职责，接受社会各界监督。 <div style="text-align: right;">监护人签名：_____</div> <div style="text-align: right;">_____年  月  日</div>				
乡镇(街道)残联意见	<div style="text-align: right;">审核人：公章</div> <div style="text-align: right;">_____年  月  日</div>				
县(区)残联审批意见	<div style="text-align: right;">审核人：公章</div> <div style="text-align: right;">_____年  月  日</div>				

注:本表由县(区)残联存档。

附件 5

困难精神残疾人药费补助汇总表

\_\_\_\_\_县（区）\_\_\_\_\_乡镇（街道）

年 月 日

序号	姓名	性别	残疾人证号	监护人姓名	家庭住址	联系电话
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

## 附件 6

# 残疾儿童康复救助项目安置（转送）考核表

\_\_\_\_市\_\_\_\_县(区)\_\_\_\_乡镇（街道）\_\_\_\_村（社区）

儿童姓名		性别		残疾类别	
残疾人证 或身份证号					
家长（监护人） 姓名		身份证号			
联系电话					
安置申请	申请前（转）往_____定点机构接受训练。 申请人（监护人）签字：_____年 月 日				
机构意见	_____ 定点机构（签章） _____年 月 日				
计划康复 起止日期	_____年 月 至 _____年 月				
户籍所在 县（区）级残联 意见	同意转送安置。 _____ 签字（公章） _____年 月 日				
实际康复 训练时间	_____年 月 至 _____年 月	康复效果 机构自评	<input type="checkbox"/> 显效 <input type="checkbox"/> 有效 <input type="checkbox"/> 一般		
机构所在地(项 目申请地)残联 考核评估意见	_____ 签章： _____年 月 日				

## 附件 7

### 安徽省残疾人基本型辅助器具适配补贴申请审批表

申请人姓名		残疾类别	视力□ 听力□ 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□ 未定级□					
残疾人证/身份证号																			
性 别			家庭地址																
联系人			联系电话																
申请适配辅具项目		辅具名称										数量		申请(代理)人签字					
	1													年 月 日					
	2																		
	3																		
乡镇(街道)残联初审意见	审核人意见:          签字(公章): 年 月 日																		
县(区)残联复审意见	审核人意见:          签字(公章): 年 月 日																		

## 附件 8

### 肢体辅具评估适配表

姓名		性别	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	出生日期	
既往辅具名称					
既往辅具使用情况					
目前存在的主要问题					
残疾人（包括监护人）对辅具的需求					
技术组 评估意见	辅具 _____ 矫形器 <input type="checkbox"/> 踝足矫形器 <input type="checkbox"/> 膝踝足矫形器 <input type="checkbox"/> 矫形鞋 <input type="checkbox"/> 脊柱矫形器 <input type="checkbox"/> 手部矫形器 假肢 <input type="checkbox"/> 大腿假肢 <input type="checkbox"/> 小腿假肢 <input type="checkbox"/> 手部假肢				
适配功能目标					
本人或监护人（签字）：			技术组（签字）：		
			年 月 日		

## 附件 9

## 假肢处方表

姓 名		性 别	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	出生日期	
截肢部位		截肢时间		截肢原因	
残肢评估	残肢形状	圆 柱 <input type="checkbox"/> 圆 锥 <input type="checkbox"/> 圆 锤 <input type="checkbox"/> 畸 形 <input type="checkbox"/>			
	残肢表面	疤 痕 <input type="checkbox"/> 神 经 瘤 <input type="checkbox"/> 囊 肿 <input type="checkbox"/> 骨 刺 <input type="checkbox"/> 其 他 <input type="checkbox"/>			
残肢有关 症状描述					
假肢 处方	假肢名称：_____ 要 求：_____ _____				
监护人(签字)			医师(签字)		

## 附件 10

## 矫形器处方表

姓 名		性 别	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	出生日期	
矫形器评估	<p>下肢： 肌力                      左                      右                      左                      右 伸髋/外展                                      屈髋/内收 伸膝    屈膝 足跖屈    足背屈 肌张力</p> <p>屈髋肌群（伸、屈）                      挛缩 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R                      紧张 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R                      正常 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R 屈膝肌群（伸、屈）                      挛缩 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R                      紧张 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R                      正常 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R 足跖屈肌群（伸、屈）本体觉                      挛缩 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R                      紧张 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R                      正常 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R</p> <hr/> <p>髋                      良好 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R                      一般 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R                      差 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R 膝                      良好 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R                      一般 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R                      差 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R 踝                      良好 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R                      一般 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R                      差 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R 趾步态分析：良好 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R                      一般 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R                      差 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R</p> <p>其他情况说明：</p>				
矫形器处方	<p><input type="checkbox"/> 踝足矫形器（要求_____）</p> <p><input type="checkbox"/> 膝踝足矫形器（要求_____）</p> <p><input type="checkbox"/> 其他矫形器_____</p>				
监护人(签字)			医师(签字)		

附件 11

视力辅具评估适配表

姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	
医疗机构 诊断结果	<input type="checkbox"/> 遗传、先天异常或发育障碍 <input type="checkbox"/> 白内障（术前/术后） <input type="checkbox"/> 青光眼（术前/术后） <input type="checkbox"/> 屈光不正 <input type="checkbox"/> 黄斑部病变（术前/术后） <input type="checkbox"/> 角膜浑浊 <input type="checkbox"/> 视神经病变 <input type="checkbox"/> 脑外伤 <input type="checkbox"/> 眼外伤 <input type="checkbox"/> 视网膜色素膜病变 <input type="checkbox"/> 视网膜脱离（术前/术后） <input type="checkbox"/> 弱视 <input type="checkbox"/> 外伤 <input type="checkbox"/> 中毒 <input type="checkbox"/> 眼球震颤 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
需求评估					
目前使用 助视器情况	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有，名称_____				
视功能评估	（包括远近视力、最佳矫正视力、屈光度数、中心视野检查、对比敏感度等）				
其他评估	（包括阅读能力测试、定向行走测试等）				
适配建议	辅具名称				
	适配目的				
评估人：		日期：			



## 附件 12

# 听力辅具评估适配表

姓名				性别		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		年龄			
听障确诊时间						首次佩戴助听设备时间		左耳			
								右耳			
补偿/重建方式		左耳	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 助听器 <input type="checkbox"/> 人工耳蜗 <input type="checkbox"/> 其它					设备型号			
		右耳	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 助听器 <input type="checkbox"/> 人工耳蜗 <input type="checkbox"/> 其它								
听力测试		测听方法 <input type="checkbox"/> BOA <input type="checkbox"/> VRA <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> PTA									
		配合程度 <input type="checkbox"/> 很配合 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 不配合									
		测试音 <input type="checkbox"/> 啞音 <input type="checkbox"/> 纯音 <input type="checkbox"/> 窄带噪音 <input type="checkbox"/> 语音									
听 力 图											
<div><div><div>125        250        500        1000        2000        4000        8000 Hz</div><div><div>dB</div><div>-10</div><div>0</div><div>10</div><div>20</div><div>30</div><div>40</div><div>50</div><div>60</div><div>70</div><div>80</div><div>90</div><div>100</div><div>110</div><div>120</div></div><div><div>左耳(Left Ear)</div></div></div><div><div><div>125        250        500        1000        2000        4000        8000 Hz</div><div><div>dB</div><div>-10</div><div>0</div><div>10</div><div>20</div><div>30</div><div>40</div><div>50</div><div>60</div><div>70</div><div>80</div><div>90</div><div>100</div><div>110</div><div>120</div></div><div><div>右耳(Right Ear)</div></div></div></div></div>											
裸耳平均听阈_____						裸耳平均听阈_____					
电生理测试		侧别		左耳				右耳			
		频率		0.5KHZ	1KHZ	2KHZ	4KHZ	0.5KHZ	1KHZ	2KHZ	4KHZ
		听觉稳态电位测试（ASSR） 单位：dB SPL/dBnHL									
目前存在主要需求											
适配听力辅具名称											
评估人：				评估日期：							

\_\_\_\_\_县（区）辅具适配登记汇总表

序号	姓名	性别	年龄	残疾证号	联系电话	辅具名称	数量	单位	补贴形式 (实物/现金)	辅具 机构	联系电话	本人或监 护人签字	是否进 行宣教
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

填表人：\_\_\_\_\_县（区）残联盖章：

注：假肢和矫形器单位均为例，一双代表 2 例。

附件 14

辅具产品验收情况表

供应商名称									
厂家联系人:					厂家联系电话:				
验收内容  序号	产品品名	产品型号	单位	数量	产品附加要素			与供应商投标文件中的承诺是否一致	备注(其他需要说明的内容)
					有无产品合格证	有无产品说明书	有无保修保养卡		
1									
2									
3									
4									

验收单位(盖章):

负责人:

联系电话:

填表日期:

---

亳州市残疾人联合会办公室

2024 年 4 月 19 日印发

---