

# 武汉市江岸区残疾人联合会文件

岸残联〔2023〕6号

---

## 武汉市江岸区大龄孤独症居家生活技能及 社区融合康复训练项目实施方案

为深入贯彻习近平总书记关于残疾人事业的重要指示批示精神，落实省、市残联工作要求，根据《关于做好2023年武汉市残疾人康复工作的通知》，结合省、市残联残疾儿童康复训练相关文件，我区开展大龄孤独症居家生活技能及社区融合康复训练项目，经过几年的运行，现对有关内容进行调整，今后工作按此文件执行。

### 一、总体目标

在区委区政府领导、市残联指导下，积极探索大龄孤独症患者康复路径和方法，建立自愿申请、公开透明、严格监管、规范有序、便民高效的运行机制，促进我区大龄孤独症

患者健康成长、全面发展，为今后大龄孤独症患者康复政策提供参考。

## 二、工作内容

（一）康复服务对象。具有武汉市江岸区户籍、16—20岁（即年满16周岁次月到21周岁当月）的大龄孤独症青少年，身体情况稳定、有康复意愿且家庭成员主动配合。

（二）康复服务内容。包括提升居家生活技能、职业培训、增强社会融合能力等为主要目的的康复训练。

（三）康复机构。定点康复机构为江岸区辖区内开展大龄孤独症康复项目的注册机构，经评估符合准入标准和服务规范，且机构三年内无违纪、违法和责任事故。定点机构收训总人数不少于15人，其中我区户籍的大龄孤独症青少年不少于10人，原则上就近选择康复训练机构，因人户分离等原因选择在武汉市内外区开展大龄孤独症康复项目定点机构接受康复训练的，需写情况说明，经区残联同意后，根据实际情况给予康复补贴。定点康复机构必须符合消防和食品卫生、防疫卫生安全规范，保障残疾孩子在机构康复活动的安全。区残联每年根据辖区大龄孤独症青少年康复需求数量，择优选择定点机构。

（四）康复训练补贴标准及结算。对大龄孤独症青少年提供康复训练每人每年补贴1万元，康复训练时间每人每年不少于8个月。在定点康复机构接受康复训练发生的费用，

政府补贴费用由机构垫付，年度项目结束后，经区残联审核，与定点康复机构直接结算。

### 三、申报审批流程

（一）自愿申请。本着自愿原则，由大龄孤独症监护人（照顾人、委托人）携带其户口本、有效诊断证明材料（具备相应资质的三级甲等以上公立医院诊断证明）、残疾人证，向所在街道残联提出申请，街道残联初审。

（二）审核确定。区残联负责对大龄孤独症康复补贴申请材料进行审核，确定康复服务对象、补贴标准、康复安置机构和补贴方式，坚持公平公开的原则将审核结果及时告知监护人（照顾人、委托人）并公示。

（三）实施康复。大龄孤独症监护人（照顾人、委托人）可自主选择我区定点机构进行康复训练服务。申请者与定点康复机构签订康复服务协议，定点康复机构依据康复服务协议组织实施康复服务。

（四）数据录入。区残联及时将有康复需求的大龄孤独症信息录入中国残联精准康复管理系统。

### 四、工作要求

（一）加强组织领导，狠抓贯彻落实。成立区残疾人精准康复服务工作小组，做好贯彻落实工作，及时研究解决工作中发现的问题，重大情况及时向上级部门报告。

（二）加强监督管理，认真履职尽责。对康复服务机构

进行政策和业务指导，履行监督管理责任。财务部门要加强对大龄孤独症精准康复资金管理使用的监督检查。对项目执行情况每年开展第三方评估，总结经验。

（三）加强政策宣传，形成良好氛围。加大大龄孤独症患者精准康复政策宣传力度，引导全社会形成关心、支持孤独症康复的良好氛围。广泛动员社会力量参与到孤独症康复服务中来，为大龄孤独症参与、融入社会生活创造良好有利环境。

附件：

1、江岸区大龄孤独症青少年康复训练定点机构准入及服务规范

2、江岸区大龄孤独症精准康复项目申请审批表



附件 1

## 江岸区大龄孤独症青少年康复训练定点机构 准入及服务规范

|   |      |      |                                                                   |
|---|------|------|-------------------------------------------------------------------|
| 一 | 机构资质 |      | 机构必须为独立法人，能出具有效的法人证书。                                             |
| 二 | 安全保障 | 消防安全 | 符合消防相关规定和要求，能提供书面证明，机构三年内无违纪、违法和责任事故。                             |
|   |      | 整体环境 | 机构选址安全，开展服务的场所要有必须的无障碍设施，保障大龄孤独症活动无障碍、安全便利。                       |
|   |      | 监控设备 | 所有训练场所均须安装有效的监控设施，监控视频须保存 90 天以上。                                 |
|   |      | 应急预案 | 有防火、卫生、突发事件等各类应急预案；有晨检、留餐、留宿的环境安全；防跌倒、防意外等相关制度规定。                 |
| 三 | 收训能力 |      | 日收训总人数不少于 15 人，其中江岸区户籍青少年不少于 10 人。                                |
| 四 | 场地设备 | 场地   | 服务场所有产权证明或租赁合同，有安全可用的户外活动场地康复训练区域，建议在 3 楼或 3 楼以下，服务面积不少于 200 平方米。 |
|   |      | 功能分区 | 评估、咨询室、集体活动室、居家环境训练场地、职能室、休闲室等                                    |
|   |      | 设备设施 | 办公教学设备、居家生活康复器具、音乐、职疗等康复设备。                                       |
| 五 | 人员师资 | 专业资质 | 具备开展业务所需的专业师资，包括：教师、心理咨询师、社会工作者、职业引导师等；工作人员持有健康证。                 |

|   |          |          |                                                                 |                       |
|---|----------|----------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------|
|   |          | 师生<br>配比 | 大龄孤独症机构师生配比为 1: 3—1: 5                                          |                       |
| 六 | 财务<br>管理 | 专账       | 有独立的银行对公账户，财政资金单独建账，独立核算。                                       |                       |
|   |          | 专人       | 专职专业财会人员，会计出纳分设。                                                |                       |
|   |          | 台账       | 康复项目台账完整齐全，有家长签字认可。                                             |                       |
|   |          | 制度       | 有具体财务管理制度，工作流程清晰，报销审核环节完整票据合法真实。                                |                       |
| 七 | 服务<br>规范 | 训练<br>时长 | 每人每年不少于 8 个月，每月康复训练不少于 40 小时。                                   |                       |
|   |          | 康复<br>流程 | 建立个人档案，初始评估，制定教学计划，实施康复训练，阶段性评估，家长交流与培训和家庭指导，末期评估，回访和满意度调查。     |                       |
|   |          | 课程<br>设置 | 开设集体、小组、个别指导及户外课程（居家生活技能、居家安全、职业技能培养、艺术培养，大运动、社区融合活动、主题日活动等课程）。 |                       |
|   |          | 档案<br>资料 | 大龄孤独症个人信息、康复项目审批表、评估结果、教学计划、康复台账、家长培训或指导记录、回访和满意度调查记录。          |                       |
|   |          | 质量<br>控制 | 建档率                                                             | 康复评估、训练建档率 100%       |
|   |          |          | 参与率                                                             | 大龄孤独症康复参与率 100%       |
|   |          |          | 家长培训/指导率                                                        | 家长培训/指导率 90%          |
|   |          |          | 家长满意率                                                           | 家长对康复训练满意率 $\geq$ 90% |

附件 2

## 江岸区大龄孤独症精准康复项目申请审批表

|          |                                                                        |      |  |        |                       |  |  |  |
|----------|------------------------------------------------------------------------|------|--|--------|-----------------------|--|--|--|
| 姓名       |                                                                        | 性别   |  | 户籍所在地  | _____街道_____社区        |  |  |  |
| 身份证号     |                                                                        |      |  |        |                       |  |  |  |
| 残疾人证号    |                                                                        |      |  |        |                       |  |  |  |
| 监护人姓名    |                                                                        | 联系电话 |  | 与申请人关系 |                       |  |  |  |
| 诊断结果     |                                                                        |      |  | 诊断机构名称 |                       |  |  |  |
| 是否伴有其他残疾 | <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 _____（请填写其他残疾类别） |      |  |        |                       |  |  |  |
| 申请康复项目   | <input type="checkbox"/> 大龄孤独症居家生活技能及社区融合康复训练项目                        |      |  | 康复年度   | _____ 年               |  |  |  |
| 补贴经费结算方式 | <input type="checkbox"/> 残联与定点机构结算                                     |      |  | 补贴标准   | _____ 元               |  |  |  |
| 监护人申请    | 申请人：_____ 年 月 日                                                        |      |  |        |                       |  |  |  |
| 街道（乡镇）   | 审核意见（公章）：<br><br>审核人：                                                  |      |  | 区残联    | 审批意见（公章）：<br><br>审批人： |  |  |  |
| 康复机构     | 康复训练定点机构名称：_____<br>接收意见（公章）：_____ 年 月 日                               |      |  |        |                       |  |  |  |

备注：请如实、完整填写，区残联、街道（乡镇）、康复机构各执一份。

