

甘康发〔2025〕18号

甘肃省康复中心关于印发《2025年下达 中央专项彩票公益金残疾儿童康复 救助项目实施方案》的通知

各项目执行科室：

现将《甘肃省康复中心2025年下达中央专项彩票公益金残疾儿童康复救助项目实施方案》印发你们，请严格遵照执行。

甘肃省康复中心

2025年7月4日

甘肃省康复中心 2025 年下达中央专项彩票公益金残疾儿童康复救助项目实施方案

为认真贯彻《甘肃省“十四五”残疾人保障和发展规划》（甘政发〔2021〕85号），落实残疾儿童康复救助制度，扎实做好中央专项彩票公益金残疾儿童康复救助项目实施工作，根据《甘肃省财政厅 甘肃省残疾人联合会关于下达2025年中央财政残疾人事业发展补助资金预算的通知》（甘财社〔2025〕40号）、《甘肃省财政厅 甘肃省残疾人联合会关于印发〈甘肃省残疾人事业发展补助资金管理办法〉的通知》（甘财社〔2024〕49号）、《中共甘肃省委 甘肃省人民政府关于全面实施预算绩效管理的意见》（甘发〔2018〕32号）及《省残联办公室关于印发〈2025年残疾人事业发展补助资金预算项目实施方案〉的通知》（甘残办发〔2025〕2号）要求，结合我中心业务工作实际，特制定本方案。

一、目标任务

0-6岁残疾儿童康复救助。开展省级0-3岁早期干预试点服务14名（肢体、智力残疾儿童及孤独症儿童）；为0-6岁15名肢体、智力残疾儿童和孤独症儿童实施康复训练。

二、实施范围

残疾儿童康复救助：具有甘肃户籍（含居住证发放地在甘肃）且符合救助条件的 0-6 周岁（以申请时间为准）的残疾儿童，残疾儿童可不持有残疾人证。

三、绩效管理

（一）时效指标。2026 年 5 月底执行完毕。

（二）社会效益指标。残疾儿童功能状况改善，生活自理和社会参与能力提高。

（三）服务对象满意度指标。残疾儿童家属对基本康复服务的满意度达到 80%以上。

（四）绩效指标。中心根据省残联分配的中央专项彩票公益金支持残疾人事业发展补助资金中用于残疾儿童康复救助资金量和任务数，结合各项目执行科室上报的 2025 年残疾儿童康复服务需求数和 2024 年项目任务的完成数量、实施质量（任务纳入与经费执行进度、康复训练档案建设规范、服务满意度），综合考量确定了各项目执行科室 2025 年中央专项彩票公益金残疾儿童康复救助项目的资金和任务分配（见附件 1）。

（五）经费标准及绩效。

1. 0-3 岁肢体、智力残疾儿童及孤独症儿童早期干预试点服务：早期干预康复训练，每人 2.4 万元，训练时间不少于 10 个月。

2. 0-6 岁残疾儿童康复救助肢体、智力残疾儿童和孤独症儿童康复训练，每人 2 万元，训练时间不少于 10 个月。

（六）项目执行进度。

6-7 月（1）制定中心项目实施方案，完成残疾儿童筛查摸底，确定救助对象；（2）按规范程序将符合救助条件的残疾儿童纳入本科室所承接的 2025 年中央专项彩票公益金残疾儿童康复救助项目中，开展救助工作；（3）各项目执行科室在项目执行过程中，项目任务数根据救助对象纳入进度实行动态管理，肢体、智力残疾儿童及孤独症儿童的救助纳入时限为 1 个月（自项目实施方案正式下达之日起算）；对纳入进度不达标科室，可将其承担的任务数进行重新分配并转移至纳入进度达标科室执行，项目执行滞后的责任由项目任务转出科室承担；（4）项目执行科室指导残疾儿童家属规范填报康复救助服务申请表（见附件 4）并将受助对象申请审核信息同步录入残疾儿童救助系统，项目办负责衔接救助对象户籍所在地（县/区）残联进行平台审核、结算等环节工作，并做好平台救助服务处理有关工作。

8 月-2026 年 4 月 项目办、财务科全程跟进督导项目执行科室。（1）规范建立残疾儿童康复档案，确保一人一档且要素规范齐全；（2）严格按照《甘肃省残疾儿童康复服务规范和残疾人辅助器具适配服务规范》（甘残联发〔2022〕34 号）要求，开展康复服务；（3）项目执行科室将残疾儿童救助信息及时准确录入残疾儿童康复救助系统；（4）每季度至少开展 1 次残疾

儿童康复效果评估和家长满意度调查，规范填写满意度调查表（见附件7）。

2026年5月 对全年残疾儿童康复服务救助工作拾遗补缺，检查验收项目完成情况、做好项目绩效评价工作，总结经验、发现不足，上报项目工作总结。

（七）资金执行进度。按照省财政厅对财政预算资金执行进度及《省残联项目资金管理规定》相关规定要求，资金支出进度在11月底、2026年2月、5月底分别达到60%、90%、100%。

四、组织管理和职责分工

项目办：负责制定中心2025年中央专项彩票公益金残疾儿童康复救助项目实施方案，分解下达任务指标和经费；督促各执行科室及时与中心签订项目实施责任书（见附件5）；督导项目实施进度，按月有进度、季有督查、年度有考核验收的工作要求，组织开展阶段性项目执行检查和日常督导；配合财务科监督项目经费使用情况；做好项目总结、绩效评价和数据统计上报工作。

项目执行科室：负责组织实施残疾儿童康复救助，规范做好残疾儿童筛查、康复评估、康复救助、数据统计、档案管理、绩效评价等工作。积极做好与残疾儿童及其家属关于项目实施协议书（见附件8）的签订工作。项目执行科室要做好配合，及时对接残疾儿童服务情况、共同做好数据库录入等工作，确保康复训练时间、效果、服务满意度准确真实体现，确保残疾

儿童得到及时有效的康复救助。为确保项目资金的合规、精准使用，项目执行科室须指定至少 1 名项目资金使用管理人员(可兼职负责项目档案管理事务，简称项目专员)，专门负责与项目办、财务科、信息科等部门对接项目资金使用如科室项目资金台账的设立、康复训练项目计费 and 结算等各环节事宜。各项目执行科室的项目专员有关信息要及时向项目办报备。

财务科：负责项目资金的使用和管理情况的动态监督检查。依据财政资金管理办法，严格遵照《甘肃省残联项目资金管理规定》和《甘肃省康复中心财务管理制度（试行）》（甘康发〔2018〕3 号），与项目执行科室进行无缝对接和精准核算，杜绝挤占挪用和改变资金用途，确保项目资金按要求合理规范使用。

五、工作要求

（一）加强组织领导，精心安排部署。各项目执行科室要提高政治站位，高度重视项目实施工作，严格按照项目实施范围、标准、程序组织实施。要认真落实项目实施方案，明确职责分工、项目实施流程和管理措施，做好资金分配、绩效评价和目标考核等工作，严格把控救助对象的筛选、审核、救助、结算等重点环节，加强全过程监督管理，确保实施规范、服务高效。

（二）健全管理机制，全程监督问效。一份资金就是一份责任，项目办协同财务科按照省残联要求要健全资金监管和绩

效评估机制，全程监督问效。严格落实《甘肃省残疾人事业发展补助资金管理办法》要求，做好补助资金的绩效目标管理相关工作，对项目实施情况进行绩效评价，及时发现和纠正有关问题。经费明细要向服务对象公开、经费支出要按期审核结算，加强项目实施资金管理，杜绝挤占挪用、改变资金用途，确保资金使用安全。

（三）规范项目管理，确定专人负责。加强项目执行科室服务监管，严格管控申请、评估、服务、资金使用等环节，规范档案管理，积极开展满意度调查。要建立公示制度，定期向社会公布项目救助情况。通过中心网站、微信公众号或公示栏（墙），向社会公布残疾人康复救助政策，救助标准、工作流程、项目资金执行、康复救助对象情况和举报监督电话等。要落实“一把手”负总责，分管领导负直接责任的预算项目执行管理责任制，确定专人负责项目管理，加强工作人员培训，建立专门档案，确保相关档案资料完备。

（四）重视项目实施，做好日常监管。承担项目的各项目执行科室于每月 22 日前（遇法定节假日提前 2 日），向项目办上报所承担项目当月实施进度统计表（见附件 2）；在项目结束时向项目办汇总上报所承担项目的救助对象花名册（见附件 3）、项目总结、绩效评估报告等相关资料。项目办负责将以上资料报经中心审核后按要求提交省残联康复处。

- 附件：1. 2025 年下达中央彩票公益金 0-6 岁残疾儿童康复
救助任务分配表
2. 中央专项彩票公益金残疾儿童康复救助项目实施
进度统计表
3. 2025 年中央专项彩票公益金残疾儿童康复救助
项目救助对象花名册
4. 甘肃省残疾儿童康复救助服务申请表
5. 甘肃省康复中心 2025 年中央专项彩票公益金肢
体、智力残疾儿童和孤独症儿童康复救助项目实
施责任书
6. 服务满意度调查表
7. 甘肃省残疾儿童康复服务项目实施协议书

附件 1

2025 年下达中央彩票公益金 0-6 岁残疾儿童康复救助任务分配表

执行科室	残疾儿童数（名）	经费合计（万元）	0-3 肢体、智力残疾儿童和孤独症儿童康复训练		0-6 肢体、智力残疾儿童和孤独症儿童康复训练	
			任务数（名）	经费（万元）	任务数（名）	经费（万元）
儿童康复科	29	63.6	9	21.6	5	10
西固合作医院（西固区中医医院）儿童康复科			5	12	5	10
省中医按摩医院			/	/	5	10

附件 2

中央专项彩票公益金残疾儿童康复救助项目实施进度统计表

填报单位：（市州残联/省中心盖章）

填报日期： 年 月 日

项目名称	下达任务数（名/例）	残疾儿童平台系统录入数（名/例）	备 注
肢体、智力残疾儿童和孤独症儿童康复训练			
合 计			

领导签字：

填报人签字：

联系方式：

附件 3

2025 年中央专项彩票公益金残疾儿童康复
救助项目救助对象花名册

填报单位：

填报日期：2025 年 月 日

序号	姓名	民族	年龄	身份证号	残疾证号	家庭住址	联系电话	救助项目名称

领导签字：

填报人签字：

联系方式：

附件 4

甘肃省残疾儿童康复救助服务申请表

受助残疾儿童信息及监护人信息	儿童姓名		性别		民族		1寸近期正面免冠彩色照片
	身份证号		户籍地/居住证发放地				
	残疾人证号(持证必填)		家庭住址				
	诊断机构		诊断结果				
	医疗保险享受情况	☐ 城乡居民基本医疗保险 ☐ 其它保险 ☐ 无					
	残疾类别	☐ 视力 ☐ 听力 ☐ 言语 ☐ 肢体 ☐ 智力 ☐ 孤独症		申请康复服务类别	☐ 康复医疗 ☐ 康复训练 ☐ 辅助器具适配		
	监护人姓名		联系电话			与儿童关系	
		身份证号		申请日期			
意向定点康复服务机构							
救助项目及金额		☐ 中央专项彩票公益金 (金额_____元) ☐ 省级财政残疾人事业发展补助资金 (金额_____元) ☐ 其它(救助经费来源 _____金额_____元)					
县(市、区)残联意见	康复救助服务类别:		康复救助服务机构:				
	负责人:						
	经办人:		县(市、区)残联(盖章) 年 月 日				
定点康复机构意见	接收情况	☐ 接收 ☐ 退回	接收日期	年 月 日			
	退回理由		退回日期	年 月 日			
	负责人:						
	经办人:		残疾儿童定点康复机构(盖章) 年 月 日				
监护人意见	监护人确认签字(盖章): 年 月 日						

备注：1. 此项目为甘肃省康复中心项目，不占用地方残联名额及资金；
2. 此表由接受申请残联和接受残疾儿童定点康复机构各留存 1 份。

附件 5

甘肃省康复中心 2025 年中央专项彩票公益金肢体、 智力残疾儿童和孤独症儿童康复 救助项目实施责任书

根据全省残疾儿童康复救助项目工作要求，确保项目按期保质保量完成，结合《甘肃省残疾人康复经费管理办法》及省财政厅下发责任书内容等相关规定，任务分解落实，特制定本项目实施责任书，由省康复中心与项目执行科室主要负责人签订。

一、项目实施科室必须履行如下职责

1. 中心根据《甘肃省财政厅 甘肃省残疾人联合会关于下达 2025 年中央财政残疾人事业发展补助资金预算的通知》（甘财社〔2025〕40 号）和《省残联办公室关于印发〈2025 年残疾人事业发展补助资金预算项目实施方案〉的通知》（甘残办发〔2025〕2 号）要求，给 科项目数 名，项目金额为 万元。项目执行科室必须制定实施方案，包括项目背景、项目任务、项目时限、补助标准，绩效目标必须明确。在项目执行中必须按照制定的项目实施方案、项目绩效目标执行，并于规定时间内完成项目工作，接受中心审核。

2. 科室必须严格按项目实施要求管理使用康复项目补助资金，严禁超标准、超范围使用并接受中心、省财政厅和省上其他

相关部门的监督检查。确保项目补助资金专款专用，按时实现支出。

3. 科室在执行过程中，一定要做到项目接受人的资料收集齐全，康复评估及时，训练或治疗单填写完整，必须认真造册登记，并确保康复效果。

4. 科室必须严格遵守残疾人康复工作的相关政策和法规，对康复对象、内容、时间、资金补助和使用等情况进行数据库管理，建立业务台账，切实做到项目资金管理全程“阳光”操作。凡是未形成项目管理数据库或造册登记的，视为违规使用资金。

5. 科室必须按项目实施方案，按时保质保量完成项目，并接受中心或第三方考核评估，同时，接受上级的检查验收和审计部门的审计。

二、监督和处罚

1. 中心及时为项目执行科室下达项目实施责任书，由科室负责组织实施。中心的相关职能科室必须加强督促指导，及时解决项目实施中出现的问题，为项目顺利实施创造条件。

2. 项目完成后，先由中心进行审核，继之省财政厅对项目实施情况进行评估，对获得优秀评价的科室中心进行通报表扬。

3. 执行科室应于 2025 年 12 月 31 日前完成项目下达的目标任务数。

4. 若项目实施科室未按时限保质保量完成任务，或第三方考

核评估不合格，中心及科室各级负责人将根据责任分别被追责。

此责任书一式二份，省康复中心和项目执行科室各执一份。

省康复中心

责任人：

年 月 日

项目执行科室：

责任人：

年 月 日

附件 6

2025 年度残疾儿童康复救助项目家长满意度调查表

项目	程度	在相应处打 √
您对所在的康复机构是否满意？	满意	
	一般	
	不满意	
您对所在机构专业技术人员的专业技术是否满意？	满意	
	一般	
	不满意	
您对所在机构工作人员的服务态度是否满意？	满意	
	一般	
	不满意	
您对本年度自己孩子的康复效果是否满意？	满意	
	一般	
	不满意	
通过本年度的康复训练，有没有达到您的预期？	有	
	没有	
建议： 家长签字：		

附件 7

甘肃省残疾儿童康复服务项目实施协议书

甲方： 甘肃省康复中心医院

地址： 兰州市城关区定西路 53 号

组织机构代码：1262000043803820K

法定代表人： 陈晓辉

联系电话： 0931-5170667

乙方：_____

监护人：_____

家庭住址：_____

联系电话：_____

一、乙方 享受救助项目及金额为：（中央专项彩票公益金（金额 元）/□省级财政残疾人事业发展补助资金（金额 元）/□其它（救助经费来源 （金额 元））。

二、甲方为乙方提供康复服务起止时间为： 年 月 日至 年 月 日，项目服务周期为 个月。

三、乙方享受的项目经费仅用于甲方对乙方进行系统的康复训练，并培训乙方家长（亲友），提高残疾儿童粗大动作、精细动作、语言认知交往能力、感知能力、生活自理能力、社会交往能力、情绪控制能力等，帮助乙方家长掌握康复的基本原则、目标、途径和方法。

四、协议期间甲方对乙方进行观察、评估，并制定训练计划、确定训练方案、实施康复训练、为乙方提供全面、优质的康复服务。

五、甲方采取母子同训、专门培训等方式对乙方家长进行培训。甲方对乙方提供的训练要与社区，家庭训练有机结合，并做好乙方社区、家庭培训的指导和评估。

六、甲方在持续康复训练的基础上，及时协调有关方面，为乙方达到一定能力的适合儿童入园、入学提供必要的指导、支持和帮助，增强乙方融入社会生活能力。

七、乙方监护人必须积极全面的配合甲方进行的康复训练行为。按照项目要求，乙方须参加粗大运动、精细动作、语言、认知、生活自理、社会交往六大领域的全面康复。

八、乙方在康复训练周期内不能无故连续请假 3 天以上，如有临床疾病，待疾病痊愈后需及时康复。

九、乙方在训练期间，乙方监护人需承担监管责任，按时接送，注意安全。如在训练中若发现儿童身体不适，立即和医师等进行沟通。乙方在自行康复训练时发生的一切情况（例如肌肉拉伤、骨折等）甲方概不负责。

十、乙方在使用甲方实施康复服务期间，在其他机构做训练造成的意外伤害，甲方概不承担。

十一、甲方提供康复服务项目自执行之日起共计 个月，中间不能间断，若乙方无故停用项目，则取消项目使用资格，剩余经费将转给其他符合项目条件的患儿。

十二、若乙方因自身原因停止康复训练，剩余项目经费将由甲方转给其他符合项目条件的患儿使用，乙方监护人需在停止使用项目的当月与甲方签订中断或自行放弃使用项目知情同意书。

十三、本协议书自签字之日起生效。

甲方：
(机构负责人或康复科室负责人)

年 月 日

乙 方：
(乙方监护人)

年 月 日

甘肃省康复中心办公室

2025 年 7 月 4 日印
