



黑龙江省残疾人联合会 黑龙江省教育厅文件

黑残联字〔2019〕27号

黑龙江省残疾大学生辅助器具适配 助学行动实施方案

为更好地帮助新入学残疾大学生克服障碍、改善功能，顺利适应高校学习和生活，根据《中国残联办公厅 教育部办公厅关于开展残疾大学生辅助器具适配助学行动的通知》（残联厅函〔2019〕245号）要求，省残联、省教育厅决定从2019年起开展残疾大学生辅助器具适配助学行动，现制定实施方案如下：

一、服务对象和目标

为本省地方普通高等学校（包括专科、本科、研究生层次，以下简称“高校”）年度新入学、有辅助器具适配需求的残疾大学生，免费适配轮椅、助行器、助听器、助视器、假肢矫形器等基本型辅助器具，以便利其在校学习和生活。



二、服务任务和措施


(一) 需求统计。各高校在每学年开学后开展入学残疾大学生情况调查，统计有辅助器具需求的残疾大学生信息，填报《残疾大学生辅助器具申请审批表》（附件 1），于每年 10 月 20 日前将统计相关信息送交所在市（地）残联。

(二) 评估适配。各市（地）残联收到新入学残疾大学生辅助器具需求调查统计信息一个月内，组织本地残疾人辅助器具服务中心等机构，根据残疾大学生意愿，逐一对残疾大学生进行辅助器具适配评估，确定个性化的辅助器具适配方案。经大学生本人同意，由市（地）残联办理审批手续，依据本地政策规定，填写《残疾大学生辅助器具适配表》（附件 2），免费提供基本辅助器具适配，并指导其使用。基本型辅助器具适配按照人均 1000 元的标准执行，超出免费保障标准，由残疾大学生本人负担。

(三) 档案留存。各市（地）残联要做好辅助器具适配服务资料留存工作，为受助残疾大学生建立一人一案的档案。留存资料中要有受助残疾大学生接受辅助器具服务前后变化的对比照片。

(四) 跟踪服务。各市（地）残联要组织为受助残疾大学生提供辅助器具适配服务的机构定期进行服务回访，持续跟踪辅助器具使用情况，并做好后续服务。

三、工作保障和要求




（一）组织领导。各市（地）残联、教育等部门要加强对新入学残疾大学生辅助器具适配服务工作的组织领导，将新入学残疾大学生辅助器具适配纳入本地残疾人辅具适配服务经费保障范围，同时充分利用现有政策，广泛动员社会筹措资金，为新入学残疾大学生辅具适配提供经费保障。对于因户籍地限制等原因，尚难以纳入学校所在地辅具适配服务经费保障范围的，学校所在地市（地）残联应主动告知有需求的残疾大学生向户籍所在地残联申请相关服务。

（二）规范服务。要充分发挥各级残疾人辅助器具服务机构的作用，以现有的辅助器具服务机构为基础，以民政系统的辅助器具服务中心为辅助，以私营辅助器具服务机构为补充，全面提升服务水平。市（地）残联作为项目实施主体，要切实提高新入学残疾大学生辅具适配服务质量，规范做好残疾大学生确认、评估、适配、随访和服务档案管理工作，切实保障适配安全与效果。在残疾大学生信息采集、确认、审批过程中，要注意保护受助学生隐私，及时做好积极、正向的沟通交流和心理指导。

（三）经验推广。市（地）残联要加强对辅助器具适配助学行动的跟踪指导，及时总结典型助学经验，充分利用网络平台等手段，推广辅助器具适配服务理念，提高残疾学生及社会公众对辅具适配服务的认知度。

四、信息报送和评估



市（地）残联要指导承担辅助器具适配服务的机构做好相关服务信息登记，按照要求将残疾大学生辅助器具适配服务信息录入《残疾人精准康复管理系统》，每年12月20日前，填写《残疾大学生辅助器具适配服务汇总表》（附件3），上报省残疾人服务中心汇总，12月30日前报送中国残疾人辅助器具中心。省残联和省残疾人服务中心每年要对残疾大学生辅助器具适配效果进行督查。

- 附件：1. 残疾大学生辅助器具申请审批表
2. 残疾大学生辅助器具适配表
3. 残疾大学生辅助器具适配汇总表



黑龙江省残疾人联合会



黑龙江省教育厅

2019年12月4日

附件 1:

残疾大学生辅助器具申请审批表

(年度)

姓名		性别		民族		出生年月	
身份证号			残疾人证号 (持证必填)				
残疾类别	<input type="checkbox"/> 视力残疾: <input type="checkbox"/> 盲 <input type="checkbox"/> 低视力 <input type="checkbox"/> 听力残疾 <input type="checkbox"/> 言语残疾 <input type="checkbox"/> 智力残疾 <input type="checkbox"/> 精神残疾 <input type="checkbox"/> 肢体残疾: <input type="checkbox"/> 偏瘫 <input type="checkbox"/> 截瘫 <input type="checkbox"/> 脑瘫 <input type="checkbox"/> 截肢 <input type="checkbox"/> 儿麻 <input type="checkbox"/> 其他 (多重残疾可多选)						
残疾等级	一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 未定级 <input type="checkbox"/>						
家庭住址			监护人姓名		联系电话		
家庭经济状况	<input type="checkbox"/> 农村建档立卡贫困残疾人 <input type="checkbox"/> 家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线 <input type="checkbox"/> 家庭经济困难				户口类别	<input type="checkbox"/> 农业户 <input type="checkbox"/> 非农业户	
享受医疗保险情况	<input type="checkbox"/> 享受城镇职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 享受城乡居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 享受医疗救助 <input type="checkbox"/> 享受其他保险 <input type="checkbox"/> 无医疗保险						
辅具需求项目	(附评估机构出具的“辅具需求评估意见”)						
残疾人或监护人申请							申请人: 年 月 日
所在学校审批意见							审核人: 公 章 年 月 日
县(市、区)残联审批意见							审核人: 公 章 年 月 日
市(地)残联审批意见							审核人: 公 章 年 月 日

填表说明:

1. 此表一式三份, 由残疾人或其监护人填写, 高校审批留存一份, 市(地)残联留存一份, 辅具适配服务机构留存一份。

2. “辅具需求项目”栏依据评估机构出具的“辅具需求评估意见”填写。评估机构出具的“辅具需求评估意见”须加盖评估机构公章。

附件 2:

残疾大学生辅助器具适配表

(年度)

填表单位 (公章):

基 本 情 况	姓名		性别	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	民族		
	身份证号				联系电话		
	家庭地址				邮政编码		
残 疾 别	<input type="checkbox"/> 视力残疾: <input type="checkbox"/> 盲 <input type="checkbox"/> 低视力 <input type="checkbox"/> 听力残疾 <input type="checkbox"/> 言语残疾 <input type="checkbox"/> 智力残疾 <input type="checkbox"/> 精神残疾 <input type="checkbox"/> 肢体残疾: <input type="checkbox"/> 偏瘫 <input type="checkbox"/> 截瘫 <input type="checkbox"/> 脑瘫 <input type="checkbox"/> 截肢 <input type="checkbox"/> 儿麻 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 多重残疾						
经 济 状 况	<input type="checkbox"/> 农村建档立卡贫困残疾人 <input type="checkbox"/> 家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线 <input type="checkbox"/> 家庭经济困难						
需 求 情 况	类别: <input type="checkbox"/> 假肢及矫形器类 <input type="checkbox"/> 生活自理类 <input type="checkbox"/> 个人移动类 <input type="checkbox"/> 信息交流类 <input type="checkbox"/> 助视器 <input type="checkbox"/> 其它:						
适 配 辅 助 器 具 录 记	次数	产 品 名 称		数量	签 字	适配时间	备 注
	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
回 访 维 修 情 况	次数	时间	回访人	情况说明			
	1						
	2						
	3						

填表人:

审核人:

填表日期:

填表说明:

1. 此表一式三份, 由定点服务机构填写, 市(地)残联留存一份, 辅具适配服务机构留存一份、省残疾人服务中心留存一份。
2. 填表时用√在或符合项中标出。



附件 3:

残疾大学生辅助器具适配汇总表

(年度)

填表单位 (公章):

序号	姓名	身份证号码	户口所在地	所在学校及专业	辅具适配名称	备注

填表说明: 此表一式三份, 由市 (地) 残联填写, 市 (地) 残联、省残疾人服务中心、省残联康复部各留存一份。