

长沙市天心区残疾人联合会文件

天残联发[2019] 6号

长沙市天心区残疾人联合会 关于继续开展 2019 年康复教育进家庭试点 工作的通知

各街道残联，项目承办机构：

根据市残联关于在天心区开展康复教育进家庭试点的工作要求，为我区残疾儿童提供更好的基本康复服务。经研究，2019年继续在全区试点 20 名 0-14 岁自闭症、智力残疾儿童康复教育进家庭服务活动，现将有关事项通知如下：

一、项目标准

2019 年残疾儿童康复教育进家庭试点工作的总体要求与 2018 年相同。救助标准、工作要求等均参照《天心区开展康复教育进家庭试点工作方案》（天残联发[2018] 6号）文件执行。继续由长沙市天心区星学园教育发展中心负责承办。

二、项目对象

具有天心区户籍，家庭贫困的0-14岁自闭症、智力残疾儿童。全区试点20名。

三、项目起止时间

从6月1日开始11月底结束，共6个月。报名截止时间为5月15日。服务机构对服务对象每人每月上门服务4次，每次3课时。

四、项目申报

由受助对象自愿在社区（村）申报，街道审核盖章，区残联筛选审定。

五、经费保障

康复教育进家庭工作经费从区残联就业保障金康复经费中列支。标准参照天心区教育局、财政局、人力资源和社会保障局、区残联《关于加强对未入学残疾少儿送教上门工作的通知》（天教发〔2017〕92号）文件精神，按照100元/课时标准执行。主要用于教师的授课费、交通费及教学设备、工作经费等。

六、具体要求

- 1、各街道残联要按文件要求摸清底数，按时上报。
- 2、项目承接康复机构应在以往的基础上总结经验推陈出新，选择适合的教育内容和教学方法。每次上门服务结束后，由家长在《天心区康复教育进家庭服务记录表》上对服务质量提出建议

或意见并签字确认。

3、项目结束后聘请第三方评估机构对项目进行绩效评定。

附件:1、天心区康复教育进家庭服务申报表

2、天心区康复教育进家庭服务协议

3、天心区康复教育进家庭服务工作计划

4、天心区康复教育进家庭服务记录表

长沙市天心区残疾人联合会

2019年4月29日



附件1:

天心区康复教育进家庭服务申报表

姓名		性别		出生年月	
身份证号			残疾人证号 (持证必填)		
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
申报人家庭情况	申报人： 年 月 日				
社区(村)意见	审核人： (公章) 年 月 日		街道残联意见	审核人： (公章) 年 月 日	
区残联意见	审核人： (公章) 年 月 日				

附件 2:

天心区康复教育进家庭服务协议

甲方（服务机构）:

联系电话:

乙方（服务对象或监护人）:

联系电话:

为了更好地服务、关爱残疾儿童，推进残疾康复精准服务工作，帮助残疾儿童提高日常生活质量、接受教育和充分融入家庭和社会的能力。甲方受天心区残疾人联合会的委托，自愿为残疾少儿提供康复教育进家庭服务工作。为明确甲、乙方责任和义务，本着自愿、诚实、信用的原则，经协商一致，签订以下协议:

一、甲方的责任和义务

（一）甲方免费为乙方提供康复教育上门服务。

（二）上门服务期限 6 个月，从 年 月 日起，至 年 月 日止。时间为： 。

甲方为乙方上门服务时间每月不少于 4 次，每次 3 课时。

（三）为提升特殊教育水平，甲方应积极参加教育和残联系统组织的培训学习。

（四）甲方在上门时间段内，关注残疾少年身体状况，确保残疾少儿在学习时间段内的安全。

二、乙方的责任和义务

(一) 乙方为甲方提供上门教育服务的场所。

(二) 乙方应积极参与残疾儿童教育计划的实施。配合甲方完成教育方案，并按照教师布置的教学任务予以协助、指导残疾学生按时完成。遇到问题时与教师一起商讨解决。

(三) 在上门教育期间为教师提供安全保障。

三、其他事项

(一) 上门的教育教学内容由甲方与乙方协商确定后，制定教育工作计划，按计划安排实施教育教学工作。

(二) 上门服务期间，若一方因特殊情况需要调整服务时间的，应事先电话通知另一方；若中止上门服务的，中止服务一方应提前主动报告区残联（电话：85899108）。

(三) 本协议一式三份，甲、乙双方和天心区残联各持一份，签章有效。

甲方（签章）：

乙方（签字）：

年 月 日

附件 3:

天心区康复教育进家庭工作计划

上门教师: _____

服务对象基本情况:

具体实施计划:

附件 4:

天心区康复教育进家庭记录表

上门教师		服务对象姓名	
上门时间	_____年_____月_____日_____时至_____时		
服务内容			
服务记录			
效果评估			
服务对象或监护人意见及 签名			
备注			

