

# 长沙市天心区残疾人联合会文件

天残联发〔2019〕5号

---

## 长沙市天心区残疾人联合会 关于印发《长沙市天心区残疾人精准康复服务 行动 2019 年“光明·关爱”视力救助项目 实施方案》的通知

各街道残联，定点医院：

现将《长沙市天心区残疾人精准康复服务行动 2019 年“光明·关爱”视力救助项目实施方案》印发给你们，请认真遵照执行。

长沙市天心区残疾人联合会

2019 年 4 月 29 日



# 天心区残疾人精准康复服务行动 2019年“光明·关爱”视力救助项目实施方案

根据中国残联、省、市残联关于实施残疾人精准康复服务行动的有关精神，为满足残疾人的基本康复需求，让更多视力障碍者享受康复服务，并切实做好残疾预防工作，区残联决定在2019年继续实施“光明·关爱”视力救助项目。为确保项目顺利实施，制定如下方案：

## 一、目标任务

免费为全区80例贫困低、弱视力障碍者进行筛查，实施康复训练和配发低视力助视器；为全区50例白内障患者实施手术救助。为有需求的胬肉、青光眼、眼底病、泪道疾病患者实施眼疾手术救助。

## 二、对象条件

具有天心区辖区常住人口户籍，有康复需求的贫困低、弱视力患者及白内障患者，其中接受救助的白内障、胬肉、青光眼、眼底病、泪道疾病患者仅限参加了城乡居民医疗保险的人员。优先建档立卡贫困户。

## 三、救助标准

符合要求的低、弱视力救助对象按每例500元标准救助，用于救助对象助视器配发、康复训练等。贫困白内障患者接受白内障手术，按每例700元的标准；胬肉患者接受手术治疗每例补

贴1500元；青光眼、眼底病患者、泪道疾病患者接受手术治疗每例补贴2000元，对医保报销后患者自付部分费用给予补助，用于救助对象的手术治疗。符合救助条件的救助对象实行全免费，其它相关检查费用，筛查、宣传费用等由定点医院承担。如救助对象对手术晶体有其它个性化需求，定点医院予以优惠，救助对象自负差额部分。

#### **四、工作步骤**

##### **1. 准备阶段（4月）**

区残联下发工作方案，经与区卫健部门联合确定，2019年承接项目单位为长沙市爱尔眼科医院。

##### **2. 实施阶段（4月至9月）**

定点医院组织筛查队伍，深入学校、幼儿园、社区(村)免费对视力患者进行筛查，符合视力救助条件的患者经社区（村）审核，区残联审批后实施救助项目，9月30日截止。

##### **3. 总结阶段（10月）**

街道残联、定点医院及时收集、整理好相关资料，建立完善的工作台账和电子档案，在10月10日之前将《救助对象花名册》（附件1、2）汇总报送区残联康复部，区残联将抽取20%的对象进行回访。

#### **五、工作职责**

1. 区残联负责制定项目实施方案；检查、督导各街道、定点医院项目执行进度和质量；协调解决项目实施中的重大问题；负责项目结束后考核评估和经费核拨。

2. 各街道残联要认真做好人员审核，积极配合承办医院做好宣传发动和筛查工作。

3. 定点医院要认真制定项目计划和工作方案，成立以院领导任组长的项目领导小组，统一部署，认真实施，要配备医术精湛的专业医技人员，保证项目设施设备，提供优良的医疗服务；免费为患者进行初筛、复查；并做好资料的收集整理，装订成册后及时上报给区残联。

## 六、质量要求

1. 受助对象满意率 $\geq 95\%$ ;
2. 受助对象有效率 $\geq 95\%$ 。

附件：

1. 长沙市残疾人精准康复服务行动2019年“光明·关爱”工程低、弱视力救助花名册
2. 长沙市残疾人精准康复服务行动2019年“光明·关爱”工程贫困白内障患者救助花名册
3. 长沙市残疾人精准康复服务项目申请审批表（“光明·关爱”视力救助项目）

附件1:

# 长沙市残疾人精准康复服务行动2019年“光明·关爱”工程低、弱视力救助花名册

单位：

填报人：

年 月 日

姓名	性别	出生年月	身份证号码	家庭住址	所属学校 (幼儿园)	受助康 复项目 内容	联系 电话	定点 医院

附件2:

## 长沙市残疾人精准康复服务行动2019年“光明·关爱”工程贫困白内障患者救助花名册

单位:

填报人:

年 月 日

姓 名	性 别	出 生 年 月	身 份 证 号 码	家 庭 住 址	联 系 电 话	定 点 医 院

附件3:

## 长沙市残疾人精准康复服务项目申请审批表

(“光明·关爱”视力救助项目)

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"/> 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 <input type="checkbox"/> 其他					户口类别	
康复需求项目	(附评估机构出具的“康复需求评估意见”)						
残疾人或监护人申请	本人(或我的被监护人)基本情况如上,希望获得残疾人精准康复服务_____项目。 <p style="text-align: right;">申请人: 年 月 日</p>						
村(社区)意见	审核人: <p style="text-align: right;">公 章 年 月 日</p>						
县(市、区)残联审批意见	审核人: <p style="text-align: right;">公 章 年 月 日</p>						

---

长沙市天心区残疾人联合会办公室

2019年4月29日印

---