

# 长沙市天心区残疾人联合会文件

天残联发〔2021〕4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 2021-2025 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 2021-2025 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

2021年4月23日



# 天心区残疾人精准康复服务行动 2021-2025年“光明·关爱”视力救助项目实 施方案

根据长沙市创建全国乡村振兴示范市2021-2025年“光明·关爱”项目实施方案，为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2021-2025年实施“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

2021年1月至2025年11月为全区500例白内障患者或低视力患者实施救助。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，有康复需求的低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。低视力患者需要提供残疾人证或三级医院出具的疾病诊断书。

## 三、救助标准

1、具有手术指征的建档立卡人群、残疾人、五保户、低保户及其他低收入人群，患者正常医保报销后，白内障手术（指定晶体）每例补贴1500元，剩余超出部分由定点医院承担，患者不再支付其他费用。（若选用非指定晶体，需个人自负晶体

差价)

2、除以上五类人群，白内障手术（指定晶体），正常医保报销后，自付部分每例补贴 1000 元，患者自负 500 元，剩余超出部分由定点医院承担。（若选用非指定晶体，需个人自负晶体差价）

3、符合要求的 0—14 岁低视力救助对象按每例 2000 元标准救助，其中 1000 元用于为救助对象提供功能评估，视觉基本技能训练 1 次，时间不少于 1 个月，1000 元用于救助对象适配助视器（实际少于最高补贴标准的据实结算）。

4、符合要求的 14 岁以上的低视力救助对象按每例 1000 元的标准，用于适配助视器。助视器适配补贴标准最高不超过 1000 元（实际少于最高补贴标准的据实结算）。

5、胫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，用于救助对象的手术治疗医保报销后患者自付部分费用。

救助经费按实际救助例数进行核算，区残联拨付给定点医院。

#### **四、工作步骤**

##### **1. 准备阶段（2021年4月）**

区残联下发工作方案。确定定点医院，根据《长沙市创建全国乡村振兴示范市2021-2025“光明·关爱”项目实施方案》（长残康发[2021]7号）“集爱三湘·光明助残-爱眼公益行”眼疾

救助项目实施机构确定我区承接项目单位为长沙市爱尔眼科医院。

## **2. 实施阶段（每年1月至10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，10月31日截止。

## **3. 总结阶段（每年11月至12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11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. 各街道残联需认真做好人员审核工作，积极配合承办医院做好宣传发动和筛查工作。

3. 定点医院应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，认真组织实施。应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，装订成册后应及时上报区残联。

附件：

1. 长沙市残疾人精准康复服务行动“光明·关爱”项目低视力救助花名册
2. 长沙市残疾人精准康复服务行动“光明·关爱”项目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“光明·关爱”项目低视力救助花名册

\_\_\_\_区(市)残联

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“光明·关爱”项目白内障患者救助花名册

\_\_\_\_区(市)残联

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	
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>						



