

淮南市 民政局 财政局 残疾人联合会 文件

淮民〔2017〕43号

关于印发《淮南市困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴实施办法》的通知

各县区民政局、财政局、残联，经开区社会发展局、财政局，高新区社会事业局、财政局：

现将《淮南市困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴实施办法》印发给你们，请遵照执行。



2017年3月20日

淮南市困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴实施办法

根据《国务院关于全面建立困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴制度的意见》（国发〔2015〕52号）、《省委省政府办公厅关于促进残疾人家庭增收加快实现小康步伐的意见》（皖办发〔2014〕25号）、《安徽省人民政府关于2017年实施33项民生工程的通知》（皖政〔2017〕10号）、《淮南市人民政府关于2017年实施33项民生工程的通知》（淮府〔2017〕4号），制定本实施办法。

一、指导思想

深入贯彻党的十八大和十八届三中、四中、五中、六中全会精神，按照党中央、国务院、省委、省政府、市委、市政府决策部署，以协调推进“四个全面”、“五大发展行动计划”战略布局为统领，以残疾人需求为导向，保障残疾人生存发展权益，逐步完善残疾人社会保障体系。

二、目标任务

以加快推进残疾人小康进程为目标，从残疾人最直接最现实最迫切的需求入手，着力解决残疾人因残疾产生的额外生活支出和长期照护支出困难。做到制度全面覆盖，应补尽补，确保残疾人两项补贴制度覆盖所有符合条件的残疾人，建立起家庭应尽义务、社会积极扶助、政府有力保障的责任共担格局。

三、实施内容

（一）保障范围

1、困难残疾人生活补贴范围:指具有淮南市户籍的最低生活保障对象、建档立卡贫困户中，持有《中华人民共和国残疾人证》且残疾等级在四级以上（含四级）的残疾人。

2、重度残疾人护理补贴范围:指具有淮南市户籍，持有《中华人民共和国残疾人证》，残疾等级被评定为一级、二级且需要长期照护的重度残疾人。长期照护是指因残疾产生的特殊护理消费品和照护服务支出持续6个月以上。

3、符合条件的残疾人可同时申领困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴。既符合残疾人两项补贴条件，又符合老年、因公致残、离休等生活、护理补贴（津贴）条件的残疾人，可择高申领其中一类生活、护理补贴（津贴）。享受孤儿基本生活保障政策的残疾儿童不享受困难残疾人生活补贴、可享受重度残疾人护理补贴。领取工伤保险生活护理费、纳入特困供养保障的残疾人不享受困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴。残疾人两项补贴不计入最低生活保障家庭收入。

4、家庭中的二级以上（含二级）成年重度残疾人，靠父母兄弟姐妹或子女供养的，可单独立户纳入最低生活保障和贫困残疾人生活补贴范围。

（二）补贴标准

1、困难残疾人生活补贴标准为：一级、二级残疾人为每人每年 800 元；三级、四级残疾人为每人每年 400 元。

2、重度残疾人护理补贴标准为：每人每月 60 元。

（三）申领程序

1、个人申请。残疾人两项补贴由本人或其法定监护人向户籍所在地的乡镇人民政府（街道办事处）提出申请，并填写《困难残疾人生活补贴申请审核表》（附件 1，以下简称《审核表》）、《重度残疾人护理补贴申请审核表》（附件 2，以下简称《审核表》），同时提供居民身份证或户口本、残疾人证及复印件，贫困残疾人同时提供最低生活保障证或乡镇人民政府（街道办事处）出具的建档立卡贫困证明及复印件。个人申请确有困难的，可委托他人或由所在的村（居）民委员会代为申请。

2、乡镇人民政府（街道办事处）初审。乡镇人民政府（街道办事处）依托社会救助、社会服务“一门受理、协同办理”机制，受理申请并对身份信息、残疾等级、困难证明等进行初审。初审应在 10 个工作日内完成，对符合条件的，在《审核表》上签署意见，并填写《困难残疾人生活补贴审核汇总表》（附件 3）、《重度残疾人护理补贴审核汇总表》（附件 4），对初审不符合条件的，要书面通知申请人，并告知原因。初审结果在申请人所在的村（居）民委员会的公示栏和村民小组、社区醒目位置公示 7 天以上。无异议后报县（区）残疾人联合会审核。

3、县（区）残疾人联合会审核。县（区）残疾人联合会接到初审材料后，应在 10 个工作日内完成对申报对象材料的审核工作，重点对残疾人证和残疾等级予以审核。经审

核符合条件的，由申请人所在乡镇人民政府（街道办事处）公示7天以上，公示期满后，在《审核表》上签署意见，并报同级民政部门审定。对不符合条件的，要书面通知申请人和乡镇人民政府（街道办事处），并告知原因。

4、县（区）民政部门审定。县（区）民政部门可采取书面核查、实地抽查等形式对申报对象按月进行审定，不符合条件的书面通知申请人和县（区）残疾人联合会。

（四）资金筹集与发放

1、资金筹集。困难残疾人生活补贴所需资金，由省与市（县、区）财政按6:4比例分担，市（县、区）承担部分，寿县、凤台县由县级财政承担，各区由市与区按7:3比例分担。重度残疾人护理补贴所需资金，寿县重度残疾人护理补贴所需资金由省与县按6:4比例分担，凤台县所需资金自行承担，各区所需资金由市与区按7:3比例分担。市、县（区）民政部门应将所需资金列入年度预算，市、县（区）财政部门要对补贴资金足额保障、专款专用，保障工作经费。

2、资金发放。县（区）民政部门会同残疾人联合会向同级财政部门申请拨付资金，县（区）财政部门通过“一卡通”形式将资金按月打卡发放至补贴对象在金融机构开设的银行账户。困难残疾人生活补贴注明“残补”、重度残疾人护理补贴注明“护补”。

鼓励有条件的县（区）根据实际情况详细划分补贴类别和标准，采取凭据报销或政府购买服务形式发放重度残疾人护理补贴。鼓励通过购买服务等形式安置重度残疾人入住敬

老院、老年公寓等服务机构进行集中托养。

四、动态审核

1、对补贴对象实行动态管理。各县（区）要建立健全动态管理机制，做到适时调整、年度审核。补贴对象死亡或迁出本市的、因医学治疗或康复训练后残疾程度减轻达不到残疾标准的、困难程度发生变化等情况不再符合相应条件的，要及时停发困难残疾人生活补贴或重度残疾人护理补贴。

2、乡镇人民政府（街道办事处）应建立残疾人两项补贴对象档案，做到一人一档，包括申请审核表原件和汇总表。同时，县（区）民政部门 and 残疾人联合会各留存一份。

五、保障措施

（一）明确部门职责。民政部门负责对经残疾人联合会审核合格的补贴对象汇总花名册进行审定，并对补贴对象低保、贫困等情况进行审核，做好补贴发放监督管理等工作。残疾人联合会要严格残疾人证发放管理，做好相关审核工作。财政部门要加强对两项补贴资金的管理使用，确保专款专用。

（二）强化监督考核。建立健全绩效考评机制，加大对残疾人生活补贴和护理补贴制度的督促检查力度。各县（区）民政、财政、残疾人联合会要每月向市民政局、市财政局、市残疾人联合会上报两项补贴发放人数和资金等有关情况。县（区）有关部门、乡镇人民政府（街道办事处）要认真审查、审核、汇总，防止重复、遗漏、错误现象发生。市级有关部门将不定期对各县（区）两项补贴发放情况进行督查。

（三）建立责任追究。建立健全责任追究机制，对贪污、挤占、挪用、扣押、套取补贴资金等行为，视情节给予批评教育或党纪、政纪处分；构成犯罪的，依法追究其刑事责任。

六、附则

（一）各区按照此实施办法执行，凤台县、寿县可参照此办法，也可结合本地实际，另行制定，并报市民政局、财政局备案后执行。

（二）本办法自下发之日起实施。

附件 1：困难残疾人生活补贴申请审核表

附件 2：重度残疾人护理补贴申请审核表

附件 3：困难残疾人生活补贴审核汇总表

附件 4：重度残疾人护理补贴审核汇总表

附件 1

困难残疾人生活补贴申请审核表

姓 名		性别		民族		照 片
残疾人证号码						
申请人姓名		联系电话				
详细居住地址	县（市、区） 乡（镇、街道）					
户名/开户行			账 号			
残疾类型			残疾等级			
乡镇（街道） 初审意见	经办人： 电话： 年 月 日（盖章）					
县（区）残联 审核意见	经办人： 电话： 年 月 日（盖章）					
县（区）民政 审定意见	经办人： 电话： 年 月 日（盖章）					
补贴发放日期		发放标准		元	停发日期	

动态 审 核 记 录	乡镇（街道）初审	县（区）残联审核	县（区）民政审定
	经审核，同意从 年 月 日起至 年 月 日享受 困难残疾人生活补贴。	经审核，同意从 年 月 日起至 年 月 日享受 困难残疾人生活补贴。	经审核，同意从 年 月 日起至 年 月 日享受 困难残疾人生活补贴。
	(盖章) 年 月 日	(盖章) 年 月 日	(盖章) 年 月 日
	经审核，同意从 年 月 日起至 年 月 日享受 困难残疾人生活补贴。	经审核，同意从 年 月 日起至 年 月 日享受 困难残疾人生活补贴。	经审核，同意从 年 月 日起至 年 月 日享受 困难残疾人生活补贴。
	(盖章) 年 月 日	(盖章) 年 月 日	(盖章) 年 月 日
	经审核，同意从 年 月 日起至 年 月 日享受 困难残疾人生活补贴。	经审核，同意从 年 月 日起至 年 月 日享受 困难残疾人生活补贴。	经审核，同意从 年 月 日起至 年 月 日享受 困难残疾人生活补贴。
(盖章) 年 月 日	(盖章) 年 月 日	(盖章) 年 月 日	

附件 2

重度残疾人护理补贴申请审核表

姓 名		性别		民族		照 片
残疾人证号码						
申请人姓名		联系电话				
详细居住地址	县（市、区） 乡（镇、街道）					
户名/开户行			账 号			
残疾类型			残疾等级			
乡镇（街道） 初审意见	经办人： 电话： 年 月 日（盖章）					
县（区）残联 审核意见	经办人： 电话： 年 月 日（盖章）					
县（区）民政 审定意见	经办人： 电话： 年 月 日（盖章）					
补贴发放日期		发放标准		元	停发日期	

动态 审 核 记 录	乡镇（街道）初审	县（区）残联审核	县（区）民政审定
	经审核，同意从 年 月 日起至 年 月 日享受 重度残疾人护理补贴。	经审核，同意从 年 月 日起至 年 月 日享受 重度残疾人护理补贴。	经审核，同意从 年 月 日起至 年 月 日享受 重度残疾人护理补贴。
	(盖章) 年 月 日	(盖章) 年 月 日	(盖章) 年 月 日
	经审核，同意从 年 月 日起至 年 月 日享受 重度残疾人护理补贴。	经审核，同意从 年 月 日起至 年 月 日享受 重度残疾人护理补贴。	经审核，同意从 年 月 日起至 年 月 日享受 重度残疾人护理补贴。
	(盖章) 年 月 日	(盖章) 年 月 日	(盖章) 年 月 日
	经审核，同意从 年 月 日起至 年 月 日享受 重度残疾人护理补贴。	经审核，同意从 年 月 日起至 年 月 日享受 重度残疾人护理补贴。	经审核，同意从 年 月 日起至 年 月 日享受 重度残疾人护理补贴。
(盖章) 年 月 日	(盖章) 年 月 日	(盖章) 年 月 日	

附件 3

困难残疾人生活补贴审核汇总表

民政：（盖章）

残联：（盖章）

姓名	性别	居住地址	残疾类型等级	困难类型	补贴标准	银行账号	补贴对象 电 话	备注

附件 4

重度残疾人护理补贴审核汇总表

民政：（盖章）

残联：（盖章）

姓名	性别	居住地址	残疾类型及等级	补贴标准	银行账号	补贴对象 电 话	备 注

