

烟台市残疾人联合会
烟台市发展和改革委员会
烟台市教育局
烟台市民政局
烟台市财政局
烟台市人力资源和社会保障局
烟台市卫生健康委员会
烟台市行政审批服务局
烟台市市场监督管理局
烟台市医疗保障局

文件

烟残联〔2021〕13号

关于贯彻落实《山东省残疾儿童康复救助实施办法》的通知

各区市残联、发展改革局、教体局、民政局、财政局、人力资源社会保障局、卫生健康局、行政审批服务局、市场监管局、医保局：

为深入贯彻落实《山东省残疾儿童康复救助实施办法》（鲁

残联发〔2020〕28 号）文件精神，结合我市实际，补充以下意见，请一并贯彻执行。

一、筛查与诊断

1. 残疾儿童诊断机构确定。诊断评估机构应具备相应科室、设备和专业技术人员，能够开展对应诊断评估业务。孤独症儿童诊断评估机构应为三级公立医疗卫生机构，由市残联和市卫生健康部门确定后向社会公布；其他残疾儿童诊断评估机构应为二级甲等以上公立医疗卫生机构或残疾评定机构，由区市残联和卫生健康部门共同确定后分别报市残联和市卫生健康委备案。

2. 筛查诊断信息管理。市、县两级卫生健康部门应当及时汇总本地疑似残疾儿童信息（附件 1），定期与同级残联共享；市、县两级残联对疑似残疾儿童应实行实名制动态管理，开展康复需求筛查与救助、残疾评定等工作。

二、康复救助

3. 救助对象。持有《中华人民共和国残疾人证》的 0-17 周岁（含 17 周岁，以申请时间为准，下同）残疾儿童及持有符合规定的疑似残疾诊断证明（诊断报告或病历诊断书）的 0-6 周岁（含 6 周岁）疑似残疾儿童，发育迟滞儿童可类同于疑似智力残疾儿童，且符合下列条件之一：①具有本市户籍；②监护人持有本市居住证且纳税 1 年以上；③监护人持有本市居住证且缴纳社会保险（至少缴纳养老和医疗险）1 年以上；④监护人持有本市居住证连续 3 年以上。

4. 救助周期。每年 8 月 1 日至次年的 7 月 31 日为 1 个训练周期。1 个周期内，符合康复救助条件的残疾儿童，可提出康复服务及康复救助申请。

5. 救助标准。按照机构等级和残疾儿童康复有效天数进行救助。机构分一级、二级、三级 3 个等级。残疾儿童每月出勤 10 至 20 天为有效天数，年救助不超过 240 天，视力残疾儿童每月出勤 8 至 13 天为有效天数，年救助不超过 75 天。0-12 周岁残疾儿童，每人每天补助康复训练费最高为 100 元，其中，一级康复机构 80 元、二级 90 元、三级 100 元；13-17 周岁残疾儿童，实行“机构+社区+家庭”训练模式（视力残疾儿童除外），每人每天补助康复训练费 50 元；0-17 周岁视力残疾儿童，每人每天补助康复训练费 80 元；残疾儿童家庭生活交通补助费每人每天 25 元。每天康复训练时间参照服务目录（附件 4）执行。异地（烟台市以外）康复机构康复的 0-12 周岁残疾儿童和本地未能进行等级评定的康复机构，按照一级机构等级标准救助。

三、申请审核评估

6. 申请审核评估。残疾儿童监护人，应先自主选择定点康复机构，到康复机构领取康复档案（救助册），填写机构接收康复相关信息，持相关材料向残疾儿童户籍（居住证）所在地县级残联提出申请，县级残联在 5 个工作日内完成康复救助审核工作，审核后开展初次康复评估；13-17 周岁残疾儿童之前已连续

4 年以上（含 4 年）接受康复救助的，应先进行康复潜力评估，持具有康复潜力的评估报告，评估报告 1 年内有效（附件 2），到县级残联申请。异地康复残疾儿童需户籍地救助的，户籍地残联应会同异地残联联合审核。逐步推行申请审核工作网上办理。救助对象原则上一个救助周期内不得更换机构，确需变更的应经县级残联同意，多重残疾可根据康复潜力评估结果选择一种残疾类别接受康复救助。

四、康教服务与管理

7. 康教服务。康复机构应当按照《烟台市残疾儿童基本康复服务目录》、《烟台市残疾儿童基本康复服务规范》所规定的内容，围绕提高康复效果，制定个性化康复训练计划，为残疾儿童提供康复训练和康复服务。康复机构可根据残疾儿童个性化需求情况，增加服务项目、优化服务内容，加强“医教”融合康复、心理康复指导服务。残疾儿童到康复机构接受康复服务，康复机构应当与监护人签订康复服务协议。对不具备到校学习能力却长期在康复机构进行康复训练的适龄残疾儿童，教育、卫生健康、残联等部门应为其开展送教服务。

8. 康复考勤。本地康复机构一律实行考勤机刷脸考勤，进一步推行更加规范、严格的康复考勤管理方式。

9. 康复档案。康复机构应为残疾儿童建立康复档案，落实一人一档，逐步推行电子（网上）康复训练档案，实现康复服务全程记录，将基本服务轨迹录入康复系统管理。

五、救助审核

10. 救助审核。每个训练周期结束后，康复机构和异地康复残疾儿童的监护人，应于每年 8 月 5 日前，将受助残疾儿童康复档案（救助册）、考勤数据、资金申请报告等相关材料，报送属地县级残联，县级残联于当年 8 月 25 日前完成救助审核工作，并向市残联报送残疾儿童救助审核数据和市级财政资金申请报告表（附件 8）。

六、资金保障

11. 资金保障。市、县两级残联会同财政部门依据本地救助对象数量，足额安排康复救助资金，纳入政府财政预算，上级转移支付资金不足部分，由市、县两级财政按 1:1 比例承担。开展残疾儿童康复效果（潜力）评估经费及康复机构等级评定经费，由市级财政承担。残疾儿童接受基本康复服务目录规定内的，定点康复机构不得向监护人收取额外费用，不得让其监护人垫付康复训练费。

残疾儿童医疗康复项目，按照《关于对参加居民基本医疗保险的脑瘫等残疾儿童和孤独症儿童实施医疗康复全额保障的通知》（烟医保发〔2019〕28 号）规定执行，肢体残疾儿童参照脑瘫儿童标准执行，视力残疾儿童定额保障 1 周期（年）内不超过 75 天。

12. 资金拨付。康复训练费由县级残联拨付到康复机构，生活交通补助费或异地康复训练费可直接发放到残疾儿童监护人。

七、定点康复机构认定

13. 康复机构条件。机构选址应远离存在安全隐患的场所，应符合《山东省残疾儿童康复救助实施办法》（鲁残联发〔2020〕28号）和《山东省残疾儿童定点康复机构评估标准》（鲁残联发〔2020〕29号）文件要求。

14. 康复机构准入评审。康复机构实行评审制度，每年5月31日前，机构持相关材料向县级残联提出申请，县级残联初审通过后报市残联，市残联每年7月31日前，开展现场评估、核查。对存在安全隐患和省评估标准规定的“一票否决”项之一的申请机构不予评审。对新申请机构每年集中审核1次，对原有定点康复机构等级每两年复评1次。评审结果向社会公布。

15. 康复机构等级认定。按照《烟台市残疾儿童定点康复机构等级评定细则》满分为100分，根据机构建设、康复效果、社会认可度、项目执行力和“医教”融合康复等因素，由低到高综合评定出一级、二级、三级3个等级机构。其中，一级机构评定得分不低于70分，二级机构不低于80分且开展相关康复服务满3年，三级机构不低于90分且开展相关康复服务满5年，机构等级应同时满足省评估标准机构等级分值要求。逐步委托“第三方”评估机构开展康复机构评审、机构等级认定和康复效果评估。评估机构应具备开展残疾儿童康复评估能力以及所提供评估服务相适应的条件。

16. 康复机构管理。康复机构实行“等级、属地、动态”管

理制度。康复机构等级与康复救助资金标准挂钩。县级残联应与属地康复机构签订服务协议，协议期一般为 3 年。各部门应当密切协作，加强康复机构安全生产、消防、卫生防疫、项目运行等综合监管。行政审批服务部门应当为符合条件的机构办理医疗执业许可或教育资质。

对存在问题较重的康复机构，限期整改，整改后仍不达标的，解除服务协议，取消定点资格。对存在套取救助资金、发生严重安全或重大责任事故、伤害或虐待儿童、拒不接受或不按规定接受监督检查、有造成不良影响事件发生的康复机构，解除服务协议，取消定点资格，并按相关规定追究有关人员责任。构成犯罪的，依法追究刑事责任。

本《通知》，适用于本市行政区域内残疾儿童康复救助工作，由市残联会同有关部门负责解释。自 2021 年 8 月 1 日起执行，有效期至 2026 年 7 月 31 日，烟残联〔2018〕26 号、烟残联〔2019〕18 号、烟残联〔2019〕19 号文件同时废止。

- 附件：
1. 烟台市疑似残疾儿童筛查诊断登记表
 2. 烟台市残疾儿童康复效果及康复潜力评估登记表
 3. 烟台市残疾儿童康复救助申请审核表（样表）
 4. 烟台市残疾儿童基本康复服务目录
 5. 烟台市残疾儿童康复救助补助及评估标准
 6. 烟台市残疾儿童康复辅具补助标准

7. 烟台市残疾儿童康复救助人员汇总表
8. 烟台市残疾儿童康复救助资金申报表
9. 烟台市残疾儿童定点康复机构申请认定表
10. 烟台市残疾儿童定点康复机构等级评定细则





(此件主动公开)

附件 1

烟台市疑似残疾儿童筛查诊断登记表

序号	姓名	性别	出生年月	身份证号	诊断结果	家庭住址	监护人姓名	联系方式
...								

注：诊断结果，在医学鉴定为依据的基础上，应与残疾类别相吻合，如：疑似（视力、听力、言语、智力、肢体、孤独症）障碍或发育迟滞等字样。

附件 2

烟台市残疾儿童康复效果及康复潜力评估登记表

年度： 编号：

姓名		性别	☐ 男 ☐ 女		年龄		一寸免冠照			
残疾人证号 (无证填身份证号)			家庭地址							
残疾类别	☐ 视力 ☐ 听力 ☐ 言语 ☐ 肢体 ☐ 智力 ☐ 孤独症 (多重残疾可多选)									
残疾等级	☐ 一级 ☐ 二级 ☐ 三级 ☐ 四级 ☐ 未定级									
监护人信息	姓名		身份证号			与本人关系		电话		
康复起始时间	年	月	日	至今康复年限(年)						
康复经历	年 月 日 目前所在机构:									
	年 月 日 目前所在机构:									
	年 月 日 目前所在机构:									
	年 月 日 目前所在机构:									
	年 月 日 目前所在机构:									
	年 月 日 目前所在机构:									
	年 月 日 目前所在机构:									
	年 月 日 目前所在机构:									

康复效果及康复潜力评估报告						
评估 频次	评估 时间	评估机构	评估 分值	评估结果及康复意见、建议	评估机 构签字	监护人 签字
第一次						
第二次						
第三次						
第四次						
第五次						
第六次						
第七次						
第八次						

附件 3

烟台市残疾儿童康复救助申请审核表（样表）

年度： 编号： （☐本地康复 ☐异地康复 ☐全日制 ☐非全日制）

姓名		性别	☐ 男 ☐ 女	年龄		一寸免冠照
残疾人证号 (无证填身份证号)		家庭地址				
残疾类别	☐ 视力 ☐ 听力 ☐ 言语 ☐ 肢体 ☐ 智力 ☐ 孤独症（多重残疾可多选）					
残疾等级	☐ 一级 ☐ 二级 ☐ 三级 ☐ 四级 ☐ 未定级					
监护人信息	姓名 1		身份证号		联系电话	与本人关系
	姓名 2					
	姓名 3					
申请康复训练项目	☐ 视力康复 ☐ 听力康复 ☐ 言语康复 ☐ 智力康复 ☐ 孤独症康复 ☐ 肢体康复				监护人签字	签字： 年 月 日
定点康复机构信息	机构名称				机构等级	☐ 一级 ☐ 二级 ☐ 三级
	康复项目负责人姓名				联系电话	
定点康复机构接收意见	签字： 公 章 年 月 日			非全日制就读的普幼、普校信息	院（校）名称	
					老师信息	姓名： 电话：
县级残联审核意见	审核人： 公 章 年 月 日					

注：1. 本（异）地、全（非）日制、年龄、机构等级、县级残联审核意见等相关栏，由县级残联经办人填写。2. 其他栏由康复机构及残疾儿童监护人填写，县级残联审核。3. 信息填写要真实、字体要工整，可在相应“□”打“√”。

附件 4

烟台市残疾儿童基本康复服务目录

残疾类别	服务项目	一周期内有效训练天数及时间		服务方式
视力残疾	功能性视力训练	年救助天数不超过 75 天，每月训练 8 至 13 天为有效天数，每天不少于 1 小时。		个别训练
	定向行走训练			
	生活适应能力训练			
听力、言语残疾	听觉言语训练	年救助天数不超过 240 天。每月训练 10 至 20 天为有效天数，0-12 周岁每天不少于 3 小时，13-17 周岁训练时间及训练模式同下。	每天不少于 0.5 小时。	个别训练
	学前教育教学		每天不少于 2.5 小时。	集体训练
	言语矫治		3 岁以上经评估有需求的儿童，每周 1 次，每次 1 小时。	个别训练
	听力康复服务		每年不少于 2 次的裸耳测听、助听阈评估、助听器调试和及时的听能管理。	个别、集体
肢体残疾	运动疗法	年救助天数不超过 240 天。每月训练 10 至 20 天为有效天数，其中 0-12 周岁残疾儿童，每天不少于 3 小时，个训不少于 1 小时，单项训练时间不少于 0.5 小时；13-17 周岁残疾儿童实行“机构+社区+家庭”训练模式，机构训练每天不少于 1.5 小时，个训和生活技能训练时间分别不少于 0.5 小时，其余时间依托家庭或社区开展训练。确有需要物理因子疗法的，可给予相关治疗，每天不超过 0.5 小时。		个别训练
	言语训练			个别训练 小组训练
	作业疗法			
	认知知觉功能障碍训练			小组训练
	生活自理能力训练			
	社会适应能力训练			小组训练 集体训练
	感觉统合治疗			
	中医传统疗法			个别训练
	物理因子疗法			
智力残疾	感知觉/运动能力训练	年救助天数不超过 240 天。每月训练 10 至 20 天为有效天数，其中 0-12 周岁残疾儿童，每天不少于 3 小时，个训和单项训练时间分别不少于 0.5 小时；13-17 周岁残疾儿童实行“机构+社区+家庭”训练模式，机构训练每天不少于 1.5 小时，其中个训和生活技能训练分别不少于 0.5 小时，其余时间依托家庭或社区开展训练。		个别训练 小组训练 集体训练
	认知能力训练			
	语言交往能力训练			
	生活自理能力训练			
	社会适应能力训练			
孤独症儿童	语言和社交能力训练			
	认知能力训练			
	感知觉/运动能力训练			
	生活自理能力训练			
	社会适应能力训练			
	情绪和行为训练			

注：1. 3 岁以下或入普幼（学）残疾儿童可采取“非全日制”康复训练，根据实际适当减少训练频次或训练时间，其中个训和单项训练时间每天不少于 1 小时。2. 康复机构应根据残疾儿童个性化特点，在上述训练内容的基础上，可进一步优化康复训练内容。

附件 5

烟台市残疾儿童康复救助补助及评估标准

项目类别	项目内容	服务人群	每天（次）补助标准（元）			单位	备注
			一级机构	二级机构	三级机构		
手术类	人工耳蜗植入	0-17周岁听力残疾儿童	全额救助			人	一次性救助，由省统一组织实施。
	肢残矫治	0-17周岁肢体残疾儿童				人	
康复训练类	以提高康复效果为主的个性化康复训练	0-17周岁视力残疾儿童	80元			人	按有效天数救助。其中，一周期内，视力残疾儿童救助不超过75天，其他残疾儿童救助不超过240天。
		0-12周岁听力、言语、智力、孤独症、肢体残疾儿童	80元	90元	100元	人	
		13-17周岁听力、言语、智力、孤独症、肢体残疾儿童	50元			人	
康复效果及潜力评估类	开展各类残疾儿童康复效果及康复潜力评估	0-17周岁视力、听力、言语、智力、孤独症、肢体残疾儿童	200元/每次			人	一周期内，0-12周岁残疾儿童由市估机构开展初次、末期两次评估，13-17周岁残疾儿童开展一次康复潜力评估。
机构评审及等级评定类	开展各类残疾儿童康复机构评审及等级评定	视力、听力、言语、智力、孤独症、肢体残疾儿童康复机构	根据每周机构数量、分布情况，按照市场调节价确定。			个	每周期结束前开展1次新申请机构评审，对原有定点康复机构每两年复审及等级评定1次。

附件 6

烟台市残疾儿童康复辅具补助标准

项目类别	项目内容	服务人群	补助标准	单位	年限	备注
辅助器具类	助视器	0-17周岁视力残疾儿童	1000元	个	3年	本标准为最高补助标准，具体费用以实际发生为准，其中适配助视器附带4次适应性训练。
	助听器	0-17周岁听力残疾儿童	3000元	个	4年	
	轮椅	0-17 周岁肢体残疾儿童	1000 元	台	4 年	
	助行器		300 元	台	2 年	
	站立架		1100 元	个	2 年	
	坐姿保持椅		1000 元	个	2 年	
	大腿假肢		5000元	例	1年	
	小腿假肢		3000元	例	1年	
	矫形器		1500元	例	1年	

附件 7

烟台市____区市残疾儿童康复救助人员汇总表（机构用表）

____康复机构（____级机构）（____）年度 填报日期： 年 月 日

序号	姓名	性别	家庭住址	身份证号	联系电话	残疾类别	康复起止时间	有效康复天数	机构名称
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
...									
合计：XX 人，其中视力 xx 人、听力 xx 人、言语 xx 人、智力 xx 人、孤独症 xx 人、肢体 xx 人。									

注：1、此表由康复机构于每年 8 月 5 日前，上报残疾儿童户口所在地县级残联审核。2、康复周期每年 8 月 1 日至次年 7 月 31 日。

烟台市残疾儿童康复救助人员汇总表（残联用表）

_____县（市区）残联

（ ）年度

填报日期： 年 月 日

序号	姓名	性别	家庭住址	身份证号	联系电话	残疾类别	康复起止时间	有效康复天数	机构名称
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
...									
合计：XX 人，其中听力 xx 人、言语 xx 人、智力 xx 人、孤独症 xx 人、肢体 xx 人。									

注： 1、此表由区市残联审核后于每年 8 月 25 日前上报市残联。2、康复周期每年 8 月 1 日至次年 7 月 31 日。

附件 8

烟台市残疾儿童康复救助资金申请报告表

☐ 一级机构 ☐ 二级机构 ☐ 三级机构

单位	年龄	类别	视力	听力	言语	智力	肢体	孤独症	训练费	家长补贴	合计	预拨资金和沉淀资金（万元）	需申请市县救助资金（万元）		合计救助资金	
	0-12 周岁	人数（人）											市级匹配资金	县级匹配资金		
		天数（天）														
		资金（万元）														
	13-17 周岁	人数（人）														
		天数（天）														
		资金（万元）														
通过对本周期残疾儿童康复救助项目的审核，确定符合救助条件且达到服务项目要求的受助残疾儿童，0-12 周岁共_____人、有效天数_____天；其中一级机构康复_____人、有效天数_____天，二级机构康复_____人、有效天数_____天，三级机构康复_____人、有效天数_____天，需救助资金_____万元；13-17 周岁残疾儿童共_____人、有效天数_____天，需救助资金_____万元。0-17 周岁视力残疾儿童共_____人、有效天数_____天，需救助资金_____万元。本周期共需救助资金_____万元，已有预拨（沉淀）资金_____万元，需市级财政匹配资金_____万元、县级财政匹配资金_____万元。 单位主要领导签字：_____ 残疾人联合会（公章） 年 月 日																

附件 9

烟台市残疾儿童定点康复机构申请认定表

申 请 单 位：_____

法 定 代 表 人：_____

机 构 登 记 号：_____

申 请 日 期： 年 月 日

烟台市残疾人联合会印制

机构简况

机构名称:		开业时间: 年 月					
主管部门(审批机关):							
机构性质: ☐ 公办 (☐ 教育 ☐ 民政 ☐ 卫生 ☐ 残联 ☐ 其他 _____) ☐ 非公办 (☐ 社会组织 ☐ 企业法人 ☐ 其他 _____)							
机构资质: ☐ 医疗 ☐ 教育 ☐ 其他 _____		许可证号:					
机构地址:							
行政区划:			邮政编码:				
联系人:		电话:	传真:				
法定 代表 人	姓名:	性别:	主要 负责 人	姓名:	性别:		
	出生年月:	专业:		出生年月:	专业:		
	职务:	职称:		职务:	职称:		
	最高学历:			最高学历:			
	身份证号码:			身份证号码:			
占地 面积	m ²	建筑 面积	m ²	建筑面积中 业务用房面积	m ²	户外活动 场所面积	m ²
服务方式: ☐ 机构内集中康复训练模式 ☐ “机构+家庭” 模式							
备注:							

申报康复服务项目

序号	服务项目	序号	服务项目
☐ 1.	视力残疾儿童	☐ 4.	智力残疾儿童
☐ 1.1	功能性视力训练	☐ 4.1	感知觉/运动能力训练
☐ 1.2	定向行走训练	☐ 4.2	认知能力训练
☐ 1.3	生活适应能力训练	☐ 4.3	语言交往能力训练
☐ 2.	听力、言语残疾儿童	☐ 4.4	生活自理能力训练
☐ 2.1	听觉言语训练	☐ 4.5	社会适应能力训练
☐ 2.2	学前教育教学	☐ 5.	孤独症儿童
☐ 2.3	言语矫治	☐ 5.1	语言和社交能力训练
☐ 2.4	听力康复服务	☐ 5.2	认知能力训练
☐ 3.	肢体（脑瘫）残疾儿童	☐ 5.3	感知觉/运动能力训练
☐ 3.1	运动疗法	☐ 5.4	生活自理能力训练
☐ 3.2	言语训练	☐ 5.5	社会适应能力训练
☐ 3.3	作业疗法	☐ 5.6	情绪和行为训练
☐ 3.4	认知知觉功能障碍训练		
☐ 3.5	生活自理能力训练		
☐ 3.6	社会适应能力训练		
☐ 3.7	感觉统合治疗		
☐ 3.8	物理因子疗法		
☐ 3.9	中医传统疗法		
注：在相应 ☐ “√”			

人 员 构 成

职工总数：		其中卫生 技术人员数：	教师 人员数：	其他技术 人员数：	后勤 人员数：	
康复医师	主任医师	副主任医师	主治医师	住院医师	助理医师	
(西医)						
康复医师 (中医)	主任医师	副主任医师	主治医师	住院医师	助理医师	
康复教师	正高	副高	中级	助教	员级	
康复治疗	主任技师	副主任技师	主管技师	技师	技士	
(卫健、人 社部门发证 技师)						
康复治疗	主任护师	副主任护师	主管护师	护师	护士	
护理人员						
管理人员	高级职称	中级职称	初级职称			
工程技术	高级工程师	工程师	助理工程师	技术员		
人员						
财会人员	高级会计师	会计师	助理会计师	会计员		
其他人员						

设施设备统计

	名 称	数 量	名 称	数 量
大型 设 施 设 备				
普 通 设 备				

注：普通设备栏如不够，请自行另附页。

提交文件、证件及评审意见

申请定点机构资格提交的材料（包括执业资质、证照、消防等）	1. 2. 3. 4. 5. （相关证明材料附后）
申请承诺	我单位承诺： 1. 提供的材料真实有效； 2. 此申报系自愿申请； 3. 自愿遵守省、市残疾儿童康复救助政策规定，并签订委托服务协议； 4. 严格执行服务协议中的内容和要求； 5. 愿意独立承担所有法律责任。 申请单位（盖章） 法定代表人（签字）： 年 月 日

区（市）残联 初审意见	单位（盖章） 法定代表人（签字）： 年 月 日
专家组评审意见	经专家组评审，综合评审分值为_____分，该机构 ☐ 符合 ☐ 不符合《山东省残疾儿童定点康复机构评估标准》相关要求， ☐ 建议 ☐ 不建议定为市级残疾儿童定点康复机构。 专家签字： 年 月 日
市残联意见	单位（盖章） 法定代表人（签字）： 年 月 日

附件 10

烟台市残疾儿童定点康复机构等级评定细则

评定项目	分值	评定要求	评定标准	得分	等级
定点机构建设标准	60	综合评价机构全面建设，根据得分情况折算具体分值。	1. 低于105分的不得分； 2. 105分≤评估分≤120分值的得46至50分，每1分值为0.33分； 3. 120分<评估分≤135分值的得51至55分，每1分值为0.33分； 4. 135分<评估分≤150分值的得56至60分，每1分值为0.33分。		1. 按满分 100 分评定。一级机构得分不低于 70 分，二级不低于 80 分且开展相关康复服务满 3 年，三级不低于 90 分且开展相关康复服务满 5 年。 2. 机构等级应同时满足省评估标准机构等级分值要求。
残疾儿童康复效果	25	按规定比例对所在康复机构康复的0-12岁残疾儿童，分类别开展康复效果评估（初期、末期两次评估），根据初次评估总分值与末期评估总分值的比例系数计算。	1. 残疾儿童分类别进行康复效果评估； 2. 计算该机构选定类别下每个参与评估儿童终期评估与初期评估分差，将分差和除以该机构被评估人数计算出平均值，即为该机构的康复效果初步分数= $\frac{\sum(\text{终期评估分值} - \text{初期评估分值})}{\text{参评人数}}$ ； 3. 分类别将机构的康复效果初步分数由低到高进行排序，每个类别根据排序结果在 15-25 分数范围内进行折算，得到康复效果最终分数（例如，三家智力残疾类别机构的初步康复效果分数为 a、b、c，其中，最低分为 a，最高分为 c， $a \leq b \leq c$ ，则 a 折算为 15 分，c 折算为 25 分，b 折算为 $15 + (b-a) \times \frac{(25-15)}{(c-a)}$ （此处的 a、b、c 均为初步康复效果分数，得到的折算结果作为三家智力残疾类别机构的康复效果最终分数）。同一家机构开展多类残疾儿童康复服务的，取各类分数平均值。		
社会认可度	5	按照集体信访或越级信访事件影响程度计算。	1. 发生 1 件市级以上信访事件扣 2 分，直至扣完为止； 2. 发生 1 件集体信访或越级信访事件，此项不得分。		
项目执行力	5	贯彻落实上级康复救助政策及有关项目运行规定等。	1. 在市级以上康复绩效评估、项目督导检查中出现 1 处需要整改或未落实有关政策规定及项目要求的扣 1 分，直至扣完为止； 2. 视存在问题严重程度，应提高扣分分值或此项不得分。		
融合康复服务	5	根据机构开展“医教”融合康复情况视情打分。	1. 机构自身具备开展“医教”融合服务能力，并开展融合康复服务的，得 4-5 分； 2. 采取机构之间合作等形式，定期开展“医教”结合服务的，得 1-3 分。		

