困难残疾人生活和重度残疾人护理

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）及《安徽省困难残疾人生活和重度残疾人护理补贴实施方案》，制定本实施办法。

一、指导思想

全面贯彻党的十九大、十九届二中、三中、四中、五中全会精神，以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，按照党中央、国务院及省委、省政府和市委、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，建立起家庭善尽义务、社会积极扶助、政府积极保障的责任共担格局。

三、实施内容

**（一）补贴范围**

**1、困难残疾人生活补贴范围。**指具有黄山市户籍的最低生活保障对象等原有政策范围内，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。有条件的区县可将低收入救助对象、因病支出型贫困家庭中的困难残疾人纳入保障范围。低收入救助对象、因病支出型贫困家庭中的困难残疾人认定标准由区县人民政府参照相关规定、结合实际情况制定。

**2、重度残疾人护理补贴范围。**指具有黄山市户籍，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。有条件的区县可扩大到非重度智力、精神残疾人或其他残疾人。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个月以上时间。

**（二）补贴标准**

1、困难残疾人生活补贴标准：一级、二级残疾人为每人每年840元；三级、四级残疾人为每人每年420元。

2、重度残疾人护理补贴标准为每人每月60元。有条件的区县可根据残疾人困难程度制定分档补贴标准。

3、鼓励有条件的区县扩大范围，提高标准。

**（三）政策衔接**

符合条件的残疾人，可同时申领困难残疾人生活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。

**（四）资金筹集**

1、困难残疾人生活补贴所需资金，由省与区县财政共同分担，省级对符合条件的一、二级困难残疾人每人每年补助480元，对符合条件的三、四级困难残疾人每人每年补助240元，不足部分由区县财政配套。

2、重度残疾人护理补贴所需资金，由区县纳入年度预算，自行承担。

3、残疾人两项补贴中，区县扩大补贴范围人数补贴资金由区县自行承担。各区县民政、财政、残联部门要健全资金拨付机制，加快预算执行进度，推进残疾人两项补贴政策落实。

**（五）定期复核**

采取残疾人主动申报和区县民政部门、残联定期抽查相结合的方式，建立残疾人两项补贴定期复核和随机抽查制度，实行残疾人两项补贴应补尽补、应退则退动态管理，防止重、漏、错现象发生。定期复核和随机抽查内容包括申请人资格条件是否发生变化、补贴是否及时足额发放到位等。

四、申请审核程序

**（一）自愿申请。**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）政府或街道办事处提出申请；个人申请确有困难的，可委托他人或由所在村（居）民委员会代为申请。

申请残疾人两项补贴,要如实填写《困难残疾人生活补贴审核表》、《重度残疾人护理补贴审核表》（见附件1、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困难证明及复印件。

**（二）逐级审核。**

**1.乡镇政府（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、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。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。无异议后报区县残联审核。

**2.区县残联审核。**区县残联接到申请材料后，应在10个工作日内完成对申报对象材料的相关审核工作，重点对残疾人证和残疾等级予以审核。经审核符合条件的，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）报同级民政部门审定。对不符合条件的，要书面通知乡（镇）政府或街道办事处，并告知原因。

**3.区县民政局审定。**区县民政局在收到复核申报材料后，通过低保等信息系统进行核对、审定,对审定合格的材料,在《审核表》上签署意见。对审定不合格的材料，书面通知区县残联并告知原因。

**（三）补贴发放。**残疾人两项补贴采取现金形式按月发放。对补贴资格审定合格的残疾人自递交申请当月计发补贴，由区县民政部门、残联报同级财政部门申请拨付资金，区县财政部门将资金尽快按月打卡发放至补贴对象在金融机构开设的银行账户，发放时间为每月10日前。困难残疾人生活补贴注明“残生活补”、重度残疾人护理补贴注明“重残护补”。

五、保障措施

**（一）明确部门职责。**民政部门负责对经残联审核合格的补贴对象汇总花名册进行审定,并对补贴对象家庭困难等情况进行审核，做好补贴发放监督管理等工作。残联组织要严格残疾人证发放管理,严把残疾等级关，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）实行动态管理。**各地要建立健全动态管理机制，全面运行全国残疾人两项补贴信息系统，建立完善两项补贴对象档案，做到一人一档。补贴对象死亡或迁出本市的、困难程度变化不再符合相应条件的，及时停发困难疾人生活补贴。因医学治疗或康复训练后残疾程度减轻达不到重度残疾标准的，及时停发重度残疾人护理补贴,确保残疾人两项补贴精准实施。

**（三）严格监督考核。**建立健全绩效考评机制，严格对残疾人生活补贴和护理补贴制度的督促检查。健全责任追究机制，对挤占、挪用、套取资金等违规违纪违法行为的，按规定严肃处理。各区县民政、财政、残联部门要每年向市民政局、市财政局、市残联上报两项补贴发放等有关情况。市级将不定期对各地补贴发放情况进行督查。

附件1

**困难残疾人生活补贴审核表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（区）乡（镇、街道） | | | | | | | | | |
| 户名/开户行 | |  | | | | 账号 | | | |  | | |
| 乡（镇）政府  街道办初审意见 | | 经办人：电话：年月日（盖章） | | | | | | | | | | |
| 区县  残联审核意见 | | 经办人：电话：年月日（盖章） | | | | | | | | | | |
| 区县  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 | | |  |

附件2

**重度残疾人护理补贴审核表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（区）乡（镇、街道） | | | | | | | | | |
| 户名/开户行 | |  | | | | 账号 | | | |  | | |
| 乡（镇）政府  街道办初审意见 | | 经办人：电话：年月日（盖章） | | | | | | | | | | |
| 区县  残联审核意见 | | 经办人：电话：年月日（盖章） | | | | | | | | | | |
| 区县  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 | | |  |

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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |