“全链通办”基础任务清单办理流程

第12部分：扶残助残

扶残助残“全链通办”，指通过集成残疾人群体需要办理的关联性强、需求频率高的多个单一事项，将残疾人证办理、困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴资格认定、符合资助条件的救助对象参加城乡居民基本医疗保险缴费补贴、低保、特困等困难群众医疗救助、城乡居民养老保险缴费补助等事项集成化办理，为柳州市内残疾人群体提供扶残助残联办服务。

本文件规定了扶残助残“全链通办”的工作要求、事项范围、受理条件、申请材料、业务流程、办结时限、结果送达、评价与改进等内容。

一、工作要求

（一）机制建设

**1.建立责任分工机制**

明确牵头单位、责任单位职责分工：

（1）牵头单位：民政部门；

（2）责任单位：残联组织、医保部门、人力资源社会保障部门。

**2.建立数据交换机制**

依托柳州市数据共享交换平台和广西数字政务一体化平台，将数据推送至相关部门业务办事系统，数据流转按附录A执行。加强电子证照、电子印章、电子签名、电子档案等基础应用，通过数据共享、核验逐步实现申请材料免提交。

**3.建立监督反馈机制**

牵头单位会同责任单位依托广西数字政务一体化平台、广西政务APP、政务服务大厅“一窗受理”综合窗口等，根据扶残助残“全链通办”服务涉及事项环节区分，对业务流程不同环节进行跟踪反馈。

（二）工作职责

**1.牵头单位**

扶残助残“全链通办”牵头单位为民政部门，主要工作职责如下：

（1）做好扶残助残“全链通办”本部门事项涉及业务系统、申请材料与广西数字政务一体化平台、广西政务APP等平台的对接，实现信息流转、数据共享；

（2）联合责任单位依托政务服务大厅“一窗受理”综合窗口开展扶残助残“全链通办”政策解读和宣传引导；

（3）对本部门事项申请材料进行审核、受理、录入、推送，办理困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴资格认定；

（4）联合责任单位跟踪、协调、处理扶残助残“全链通办”办理过程中出现的问题，确保通办顺畅完成。

**2.责任单位**

（1）残联组织。主要工作职责如下：

①做好扶残助残“全链通办”本部门事项涉及业务系统、申请材料与广西数字政务一体化平台、广西政务APP等平台的对接，实现信息流转、数据共享；

②协同牵头单位依托政务服务大厅“一窗受理”综合窗口开展扶残助残“全链通办”政策解读和宣传引导；

③负责查收、核实推送的申请材料，办理残疾人证、符合资助条件的救助对象参加城乡居民基本医疗保险缴费补贴；

④协同其他责任单位跟踪、协调、处理扶残助残“全链通办”办理过程中出现的问题，确保通办顺畅完成。

（2）医保部门。主要工作职责如下：

①做好扶残助残“全链通办”本部门事项涉及业务系统、申请材料与广西数字政务一体化平台、广西政务APP等平台的对接，实现信息流转、数据共享；

②协同牵头单位依托政务服务大厅“一窗受理”综合窗口开展扶残助残“全链通办”政策解读和宣传引导；

③负责收集汇总残联组织报送的补贴名单；

④负责查收、核实推送的申请材料，办理并发放低保、特困等困难群众医疗救助；

⑤协同其他责任单位跟踪、协调、处理扶残助残“全链通办”办理过程中出现的问题，确保通办顺畅完成。

（3）人力资源社会保障部门。主要工作职责如下：

①做好扶残助残“全链通办”本部门事项涉及业务系统、申请材料与广西数字政务一体化平台、广西政务APP等平台的对接，实现信息流转、数据共享；

②协同牵头单位依托政务服务大厅“一窗受理”综合窗口开展扶残助残“全链通办”政策解读和宣传引导；

③负责查收、核实推送的申请材料，办理并发放城乡居民养老保险缴费补助；

④协同其他责任单位跟踪、协调、处理扶残助残“全链通办”办理过程中出现的问题，确保通办顺畅完成。

二、事项范围

扶残助残“全链通办”服务联办事项包含以下事项，并实行动态管理，及时更新调整内容：

（一）残疾人证办理；

（二）困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴资格认定；

（三）符合资助条件的救助对象参加城乡居民基本医疗保险缴费补贴；

（四）低保、特困等困难群众医疗救助；

（五）城乡居民养老保险缴费补助。

三、受理条件

申请人应满足以下条件：

（一）在柳州市内符合残疾标准的视力、听力、言语、肢体、智力、精神及多重残疾人；

（二）享受最低生活待遇，且参加城乡居民养老保险的重度残疾人、低保残疾人；

（三）城乡低保对象中残疾等级为一级和二级各类重度残疾人，以及残疾等级为三级和四级的精神残疾人。

四、申请材料

（一）共性材料

申请人应提交以下材料：

1.扶残助残“全链通办”申请表（详见附录B）；

2.申请人身份证、居民户口簿；

3.申请人两寸近期免冠白底彩色照片3张；

4.中华人民共和国残疾评定表（详见附录C）；

5.基本医疗保险费用结算单；

6.申请人或代领人的银行存折（卡）。

（二）个性材料

若为监护人代办，还需提供以下材料：

1.法定监护人证明材料（能体现出双方直系血缘关系的居民户口簿或申请人所在村（社区）出具的说明其双方关系的证明材料及身份证）；

2.代领补贴说明（详见附录D）。

注：上述材料实现数据共享核验后，不再要求申请人提交。

五、业务流程

（一）提出申请

**1.线上申请**

申请人或监护人在广西数字政务一体化平台、广西政务APP等平台在线提交扶残助残“全链通办”申请表及申请材料。

**2.线下申请**

申请人或监护人在政务服务大厅“一窗受理”综合窗口提出申请，提交扶残助残“全链通办”申请表及申请材料。

（二）受理

“一窗受理”综合窗口在获取申请材料后，对申请材料进行受理，对符合受理条件且材料齐全的，出具受理通知书，将相关材料分类推送至各部门；对符合受理条件但材料不齐全的，一次性告知申请人补正材料或根据申请人意愿采取容缺受理、承诺审批；对不符合受理条件的，出具不予受理通知书并告知原因。

（三）办理

**1.残疾人证办理**

（1）残联组织对申请材料及评定表进行查收审核。

（2）评定机构按照残疾标准作出残疾类别和等级的评定结论，并将评定结论返回至残联组织。

（3）残联组织对评定结论进行公示，公示通过后5个工作日内录入至系统，并由审核人员进行审核，审核通过后应在10个工作日内完成残疾人证办理，并将残疾人证信息推送至民政部门、医保部门、人力资源社会保障部门。

（4）通过广西数字政务一体化平台、广西政务APP等平台向申请人或监护人推送残疾人证办理的受理办结进度，包括未办结、已办结等状态。

（5）完成残疾人证办理后，应将残疾人证送达至申请人。

**2.困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴资格认定**

（1）民政部门指导基层（乡镇人民政府、街道办事处）对推送的材料进行查收，并在10个工作日内完成困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴资格认定，县级民政部门将补贴资金使用方案报同级财政部门审核，并发放补贴。同时将困难残疾人和重度残疾人名单推送至医保部门、人力资源社会保障部门。

（2）通过广西数字政务一体化平台、广西政务APP等平台向申请人或监护人推送困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴资格认定受理办结进度，包括未办结、已办结等状态。

**3.符合资助条件的救助对象参加城乡居民基本医疗保险缴费补贴**

（1）残联组织对推送的材料进行查收，将补助名单推送至医保部门，根据各地实际情况，由相应主管部门发放补贴。

（2）通过广西数字政务一体化平台、广西政务APP等平台向申请人或监护人推送符合资助条件的救助对象参加城乡居民基本医疗保险缴费补贴受理办结进度，包括未办结、已办结等状态。

**4.低保、特困等困难群众医疗救助**

（1）医保部门对推送的材料进行查收，并在8个工作日内完成低保、特困等困难群众医疗救助的审核及待遇拨付。

（2）通过广西数字政务一体化平台、广西政务APP等平台向申请人或监护人推送低保、特困等困难群众医疗救助受理办结进度，包括未办结、已办结等状态。

**5.城乡居民养老保险缴费补助**

（1）人力资源社会保障部门对推送的材料进行查收并将补贴发放至申请人或监护人账户，同时将养老补助名单同步共享至残联组织、民政部门、医保部门。

（2）通过广西数字政务一体化平台、广西政务APP等平台向申请人或监护人推送城乡居民基本养老保险补助受理办结进度，包括未办结、已办结等状态。

（四）业务流程图

扶残助残“全链通办”业务流程图详见附录E。

六、办结时限

（一）扶残助残“全链通办”承诺办结时限为25个工作日。

（二）各单一事项的承诺办结时限如下：

1.残疾人证办理的办结时限为15个工作日；

2.困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴资格认定的办结时限为10个工作日；

3.符合资助条件的救助对象参加城乡居民基本医疗保险缴费补贴的办结时限为2个工作日；

4.低保、特困等困难群众医疗救助的办结时限为8个工作日；

5.城乡居民基本养老保险补助的办结时限为1个工作日。

注：财政经费拨付时间不计算在承诺办结时限内。

七、结果送达

（一）残疾人证应根据申请人的需求采取自行领取或邮寄的方式送达。

（二）申请人选择自行领取时，广西数字政务一体化平台、广西政务APP以消息推送或短信等方式通知申请人自取证件的时间和地点。

（三）申请人可通过广西数字政务一体化平台、广西政务APP等平台查询残疾人证、补贴及医疗救助金发放情况等信息。

八、评价与改进

（一）根据《政务服务“一次一评”“一事一评”工作规范》、《政务服务评价工作指南》的评价要求，在事项办结后，向申请人或监护人推送“好差评”服务，接受社会监督。

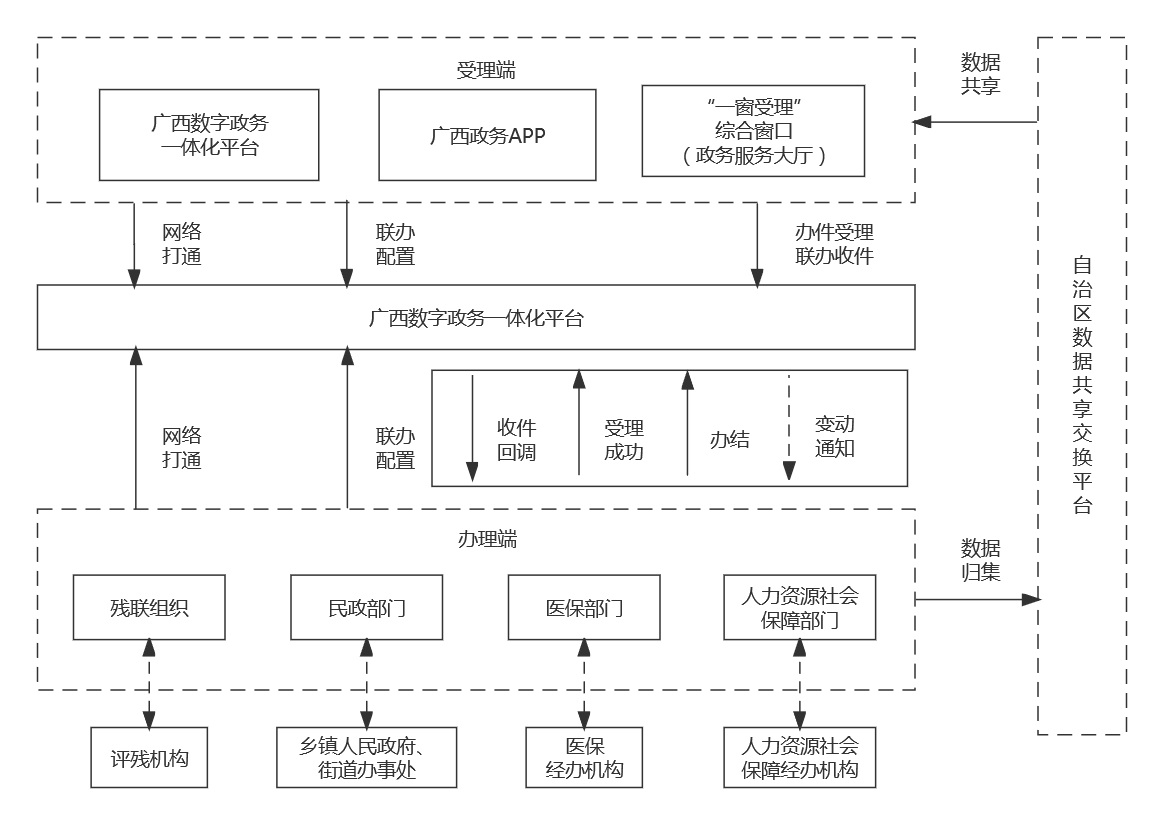
（二）依据“好差评”内容，不断改进扶残助残“全链通办”服务效率和质量。

业务咨询电话：市民政局，0772-2838646。



（资料性）

扶残助残“全链通办”数据流转示意图



注：虚线箭头代表必要时数据流动，实线箭头代表业务数据流动。

* 1. 扶残助残“全链通办”数据流转示意图



（规范性）

扶残助残“全链通办”申请表

表B.1 扶残助残“全链通办”申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基  本  信  息 | 申  请  人  信  息 | | 姓名 | |  | | | 出生日期 | | |  | | | （两寸近期免冠白底彩色照片） | |
| 性别 | |  | | | 民族 | | |  | | |
| 婚姻状态 | |  | | | 残疾类别 | | |  | | |
| 身份证号码 | |  | | | | | | | | |
| 户籍地址 | |  | | | | | | | | |
| 联系方式 | |  | | | | | | | | |
| 银行账号 | |  | | | | | | | | | | |
| 开户行信息 | |  | | | | | | | | | | |
| 享受低保的家庭成员姓名 | |  | | | | | 是否为特困人员 | | | □是 □否 | | |
| 送达方式 | | □自取 □邮寄 住址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| 监  护  人  信  息 | | 姓名 | |  | | | | | 与申请人关系 | | |  | | |
| 身份证号码 | |  | | | | | | | | | | |
| 联系电话 | |  | | | | | | | | | | |
| 银行账号 | |  | | | | | | | | | | |
| 开户行信息 | |  | | | | | | | | | | |
| 办理  事项 | □残疾人证办理  □困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴资格认定  □低保、特困等困难群众医疗救助 （如需申请该事项，请填写下方医疗救助人员信息） | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请医疗救助人员信息 | 患病病种 | | |  | | 住院发票总费用 | | |  | | | 基本医疗保险已报销总额 | | |  |
| 大病保险补偿金额 | | |  | | 商业保险和医疗捐助资金 | | |  | | | 个人自付费用 | | |  |
| 申请人意见 | | **本人郑重承诺，本表所填写的内容及所提交的书面材料完全真实有效，如有虚假，愿承担一切法律责任。同时承诺，如在享受补贴、救助期间发生不符合政策条件时，主动申请停发补助。如有不实，同意审批机构追缴已发补贴。**  申请人（承诺人）： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 办证公示情况 | | □该申请人年龄未满18周岁，为未成年人，不予公示。  □该申请人残疾评定结论已于\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日在\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_进行公示。  公示结果：□无举报 □有举报，但已处理。  县级残联理事长签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 乡镇人民政府（街道办事处）审核意见：    同意发放困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴资格认定补贴。  审核人签字：  分管领导签章：  年 月 日 | | | | | | | 医保局审核意见：    同意发放合资助条件的救助对象参加城乡居民基本医疗保险缴费补贴。    审核人签字：  分管领导签章： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 医保局审核意见：    同意发放低保、特困等困难群众医疗救助。    审核人签字：  分管领导签章： 年 月 日 | | | | | | | 人力社保局审核意见：    同意发放城乡居民基本养老保险补助。    审核人签字：  分管领导签章：  年 月 日 | | | | | | | | |

注：残疾类别填写视力残疾、听力残疾、言语残疾、肢体残疾、智力残疾、精神残疾或多重残疾。



（规范性）

中华人民共和国残疾评定表

表C.1 中华人民共和国残疾评定表

中华人民共和国残疾评定表

省（自治区、直辖市）

贴照片处

（两寸近期免冠白底彩照）

市（地）

县（市、区）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 | |  | | | | 申请人  身份证 | | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 残疾  类别 | 残疾等级 | 致残主要原因（不超过两项） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.视力  残疾 | 1. 一级  2. 二级  3. 三级  4. 四级 | 1. 遗传、先天异常或发育障碍  2. 白内障  3. 青光眼  4. 沙眼 | | | | | 5. 角膜病  6. 视神经病变  7. 视网膜、色素膜病变  8. 屈光不正 | | | | | | | | | | | 9. 弱视  10. 外伤  11. 中毒  12. 其他 | | | | | | | 13. 原因不明 | | | | | |
| **矫正视力**：右眼 左眼  **视野**：右眼 左眼 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.听力  残疾 | 1. 一级  2. 二级  3. 三级  4. 四级 | 1. 遗传  2. 母孕期病毒感染  3. 传染性疾病  4. 自身免疫缺陷性疾病 | | | | 5. 全身性疾病  6. 中耳炎  7. 老年性耳聋  8. 早产和低体重 | | | | | | 9. 新生儿窒息  10. 高胆红素血症  11. 药物中毒  12. 创伤或意外伤害 | | | | | | | | | | | 13. 噪声和爆震  14. 其他  15. 原因不明 | | | | | | | |
| 测试耳 | 0.5 | 1.0 | 2.0 | 4.0 | kHz | | **平均听力损失：**  1. > 90dB HL 2. > 80dB HL 3. > 60dB HL  4. > 40dB HL 5. 待诊  **伴随言语能力情况：**  1. 无听觉言语功能 2. 基本无听觉言语功能  3. 听觉言语交流障碍 4. 有一定的听觉言语功能 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 右 耳 |  |  |  |  | dB HL | |
| 左 耳 |  |  |  |  | dB HL | |

表C.1 中华人民共和国残疾评定表（续）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **本底噪音：** dB（A） | | | | |  | | | |
| 3.言语  残疾 | 1. 一级  2. 二级  3. 三级  4. 四级 | 1. 唐氏综合症  2. 脑性瘫痪  3. 新生儿病理性黄疸  4. 早产、低体重和过期产  5. 腭裂  6. 智力低下 | | 7. 脑梗死  8. 脑出血  9. 脑炎  10. 脑囊虫病  11. 喉、舌疾病术后  12. 听力障碍 | | | 13. 帕金森氏病  14. 多发性硬化  15. 脊髓侧索硬化  16. 脑外伤  17. 产伤  18. 孤独症 | | 19. 癫痫  20. CO中毒  21. 其他  22. 原因不明 |
| 障碍类别：  1. 失语 2. 运动性构音障碍 3. 器官结构异常所致的构音障碍 4. 发声障碍  5. 儿童言语发育迟滞 6. 听力障碍所致的语言障碍 7. 口吃  语音清晰度： 1. ≤ 10% 2. ≤ 25% 3. ≤ 45% 4. ≤ 65%  言语能力：  1. 不会说话或虽能说，说不出 2. 只会说几个单词或连贯说话很困难 3. 只会讲少数短句短语或连贯说话困难 4. 初步对话，词少，不流畅 5. 基本上能交谈，不太清楚 6. 说话正常，声调尚佳 7. 其他 | | | | | | | | |
| 4.肢体  残疾 | 1. 一级  2. 二级  3. 三级  4. 四级 | | 1. 脑性瘫痪  2. 发育畸形  3. 侏儒症  4. 其他先天性或发育障碍  5. 脊髓灰质炎  6. 脑血管疾病 | | 7. 周围血管疾病  8. 肿瘤  9. 骨关节病  10. 地方病  11. 脊髓疾病  12. 工伤 | | | 13. 交通事故  14. 脊髓损伤  15. 脑外伤  16. 其他外伤  17. 结核性感染  18. 化脓性感染 | 19. 中毒  20. 其他  21. 原因不明 |

表C.1 中华人民共和国残疾评定表（续）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **肢体残疾一级：**  1. 四肢瘫 2. 截瘫 3. 偏瘫 4. 单全上肢和双小腿缺失 5. 单全下肢和双前臂缺失  6. 双上臂和单大腿（或单小腿）缺失 7. 双全上肢或双全下肢缺失 8. 四肢在不同部位缺失  9. 双上肢功能极重度障碍或三肢功能重度障碍  **肢体残疾二级：**  1. 偏瘫或截瘫，残肢保留少许功能 2. 双上臂或双前臂缺失  3. 双大腿缺失 4. 单全上肢和单大腿缺失  5. 单全下肢和单上臂缺失 6. 三肢在不同部位缺失（除外一级中的情况）  7. 二肢功能重度障碍或三肢功能中度障碍 | | | |
|  | **肢体残疾三级：**  1. 双小腿缺失 2. 单前臂及其以上缺失 3. 单大腿及其以上缺失 4. 双手拇指或双手拇指以外其他手指全缺失 5. 二肢在不同部位缺失（除外二级中的情况） 6. 一肢功能重度障碍或二肢功能中度障碍  **肢体残疾四级：**  1. 单小腿缺失 2. 双下肢不等长，差距在5厘米以上（含5厘米） 3. 脊柱强（僵）直 4. 脊柱畸形，驼背畸形大于70度或侧凸大于45度 5. 单手拇指以外其他四指全缺失 6. 单侧拇指全缺失 7. 单足跗跖关节以上缺失 8. 双足趾完全缺失或失去功能 9. 侏儒症（身高不超过130厘米的成年人） 10. 一肢功能中度障碍或两肢功能轻度障碍 11. 类似上述的其他肢体功能障碍 | | | |
| 5.智力  残疾 | 1. 一级  2. 二级  3. 三级  4. 四级 | 1. 遗传  2. 脑疾病  3. 内分泌障碍  4. 惊厥性疾病  5. 新生儿窒息  6. 早产、低体重和过期产 | 7. 发育畸形  8. 营养不良  9. 母孕期外伤及物理伤害  10. 产伤  11. 工伤  12. 交通事故 | 13. 其他外伤  14. 中毒与过敏反应  15. 不良社会文化因素  16. 其他  17. 原因不明 |

表C.1 中华人民共和国残疾评定表（续）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **发展商（0-6岁）：** 1. ≤ 25 极重度 2. 26-39 重度 3. 40-54 中度 4. 55-75 轻度  **智商（7岁以上）：** 1. < 20 极重度 2. 20-34 重度 3. 35-49 中度 4. 50-69 轻度  **适应性行为：**  1. 极重度缺陷 2. 重度缺陷 3. 中度缺陷 4. 轻度缺陷 | | | |
| 6.精神  残疾 | 1. 一级  2. 二级  3. 三级  4. 四级 | 1. 痴呆  2. 其它器质性精神障碍  3. 使用精神活性物质所致的障碍  4. 精神分裂症  5. 妄想性障碍 | 6. 分裂情感性障碍  7. 其它精神病性障碍  8. 心境障碍  9. 神经症性障碍  10. 行为综合征 | 11. 人格障碍  12. 孤独症  13. 癫痫  14. 其他  15. 原因不明 |
| **WHO-DAS II分值：**  级别： 1. 一级，≥ 116分 2. 二级，106-115分 3. 三级，96-105分 4. 四级，52-95分 | | | |
| 指定  医院  或专业  机构  评定  结果 | 评定意见：  残疾类别：  残疾等级：  评定医师：  指定医院或专业机构公章  年 月 日 | | | |

表C.1 中华人民共和国残疾评定表（续）

|  |  |
| --- | --- |
| 批准  残联  审核  意见 | 审核意见：  审核人签名：  公章  年 月 日 |
| 备注 |  |



（规范性）

代领补贴说明样式表单

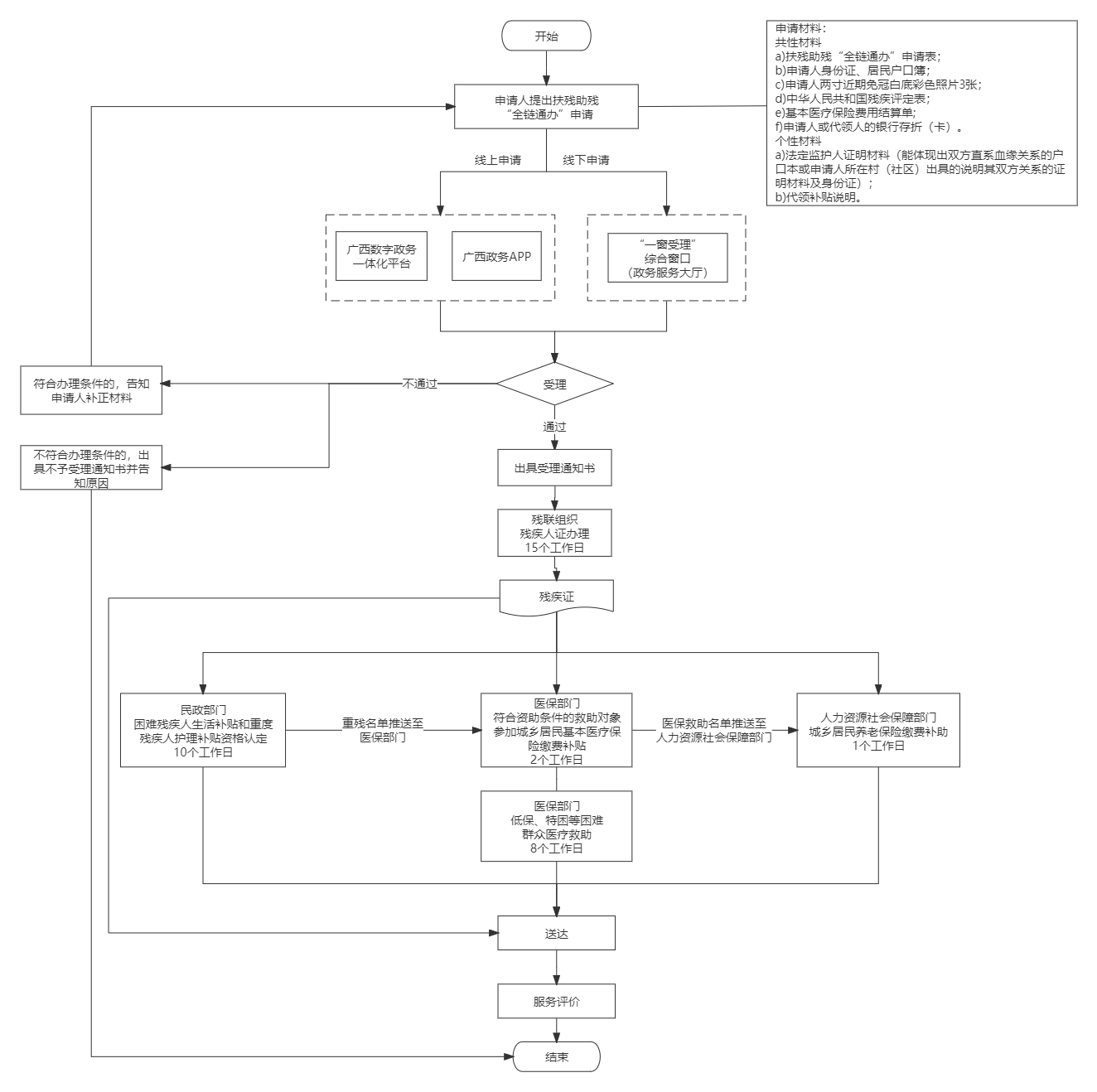
表D.1 代领补贴说明样式表单

|  |
| --- |
| 领取残疾人两项补贴银行存折（银行卡）使用说明书 |
| 本人与申请人为\_\_\_\_\_\_\_\_\_关系。申请人因有特殊原因，未能办理银行存折（银行卡），故使用本人的银行存折（银行卡）。请将其生活补贴（护理补贴）转入本人银行存折（银行卡），本人承诺将及时提取生活补贴（护理补贴）用于申请人。  申请人签名（姓名）：  银行存折（银行卡）持有人签名：  银行存折（银行卡）持有人联系电话：  年 月 日 |



（资料性）

扶残助残“全链通办”业务流程图



图E.1 扶残助残“全链通办”业务流程图