

# 政府信息公开

|      |                                        |      |             |
|------|----------------------------------------|------|-------------|
| 索引号  | PT02110-1400-2020-00038                | 文号   | 荔民〔2020〕83号 |
| 发布机构 | 荔城区民政局                                 | 生成日期 | 2020-11-13  |
| 标题   | 莆田市荔城区民政局等4部门关于做好残疾人两项补贴提标及护理补贴认定工作的通知 | 有效性  | 有效          |
| 内容概述 | 莆田市荔城区民政局等4部门关于做好残疾人两项补贴提标及护理补贴认定工作的通知 |      |             |

## 莆田市荔城区民政局等4部门关于做好残疾人两项补贴提标及护理补贴认定工作的通知

发布时间：2020-11-19 15:41

A+ | A- | 图标 | 分享

各镇（街）社会事务办：

根据《福建省民政厅等4部门关于做好残疾人两项补贴提标并建立动态调整机制工作的通知》（闽民事[2019]168号）及《莆田市民政局等4部门关于做好残疾人两项补贴提标工作的通知》（莆民[2020]14号）文件精神，结合我区残疾人两项补贴工作的实际情况，现就残疾人两项补贴提标认定等有关事项通知如下：

### 一、提高残疾人两项补贴标准

从2020年1月起，将困难残疾人生活补贴标准从每人每月70元提高到80元；一级重度残疾人护理补贴标准从每人每月110元提高到120元。二级重度残疾人护理补贴标准从每人每月60元提高到85元。三级、四级智力或精神残疾人护理补贴标准从每人每月60元提高到85元。

### 二、加强残疾人护理补贴条件审核认定

进一步加强残疾人护理补贴发放管理，做到精准识别、精准发放。申请重度护理补贴三、四级智力或精神的残疾人，需增加长期（6个月以上）照护认定。各镇（街）受理时，应在村（居）委员会协助下进行入户调查，组织包村居干部等工作人员共同核实申请人是否需要长期（6个月以上）照护，并填写《荔城区残疾人长期照护入户调查情况表》（附件）（一式两份），作为申请佐证材料，经乡镇审核认定符合长期（6个月以上）照护条件的，上报区残联审核残疾等级、类别后，送交区民政部门审定。

### 三、进一步落实部门相关职责

区卫健部门要指导相关医疗机构依法依规进行残疾等级评定；区残联要规范《残疾人证》发放管理，认真核实申请人残疾等级类别，按月及时审核完成两项补贴申请表等纸质材料和全国残疾人两项补贴信息系统；区民政部门要按月对补贴发放对象进行动态调整、复核及审批，及时将补贴资金通过金融机构社会化发放方式存入残疾人账户；区财政部门要落实资金预算保障。各有关部门要切实履行职责，加强沟通协调，按照时间节点有序推进，共同做好残疾人两项补贴发放工作。

附件：荔城区残疾人长期照护入户调查情况表

莆田市荔城区民政局

莆田市荔城区财政局

莆田市荔城区卫生健康局

莆田市残疾人联合会

荔城区残疾人长期照护入户调查情况表

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                                                       |                                                           |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------|
| 一、基本信息                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                                                       |                                                           |       |
| 姓名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                       | 性别     | 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> | 出生年月                                                      | 年 月 日 |
| 身份证号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                                                       | 婚姻状况                                                      |       |
| 住址                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                                                       | 领证时间                                                      | 年 月 日 |
| 照护者姓名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                       | 与残疾人关系 |                                                       | 联系电话                                                      |       |
| 二、残疾类型（在 <input type="checkbox"/> 中打√，多重残疾的需再勾选具体类型）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                                                       |                                                           |       |
| 精神残疾 <input type="checkbox"/> 智力残疾 <input type="checkbox"/> 肢体残疾 <input type="checkbox"/> 言语残疾 <input type="checkbox"/> 听力残疾 <input type="checkbox"/> 视力残疾 <input type="checkbox"/><br>多重残疾 <input type="checkbox"/> （ <input type="checkbox"/> 精神残疾 <input type="checkbox"/> 智力残疾 <input type="checkbox"/> 肢体残疾 <input type="checkbox"/> 言语残疾 <input type="checkbox"/> 听力残疾 <input type="checkbox"/> 视力残疾） |                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                                                       |                                                           |       |
| 三、残疾等级（在 <input type="checkbox"/> 中打√）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                                                       |                                                           |       |
| 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                                                       |                                                           |       |
| 四、自理能力（根据实际情况在 <input type="checkbox"/> 中打√）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                                                       |                                                           |       |
| 1、进食：<br><input type="checkbox"/> 独立完成 <input type="checkbox"/> 需他人帮助 <input type="checkbox"/> 完全依赖他人                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                                                       | 备注说明<br><br>自理能力认定为长期（6个月以上）照护的，需要有3项及以上的“需他人帮助”或“完全依赖他人” |       |
| 2、洗澡及如厕：<br><input type="checkbox"/> 独立完成 <input type="checkbox"/> 需他人帮助 <input type="checkbox"/> 完全依赖他人                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                                                       |                                                           |       |
| 3、走路及上下楼梯：<br><input type="checkbox"/> 独立完成 <input type="checkbox"/> 需他人帮助 <input type="checkbox"/> 完全依赖他人                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                                                       |                                                           |       |
| 4、穿脱衣服：<br><input type="checkbox"/> 独立完成 <input type="checkbox"/> 需他人帮助 <input type="checkbox"/> 完全依赖他人                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                                                       |                                                           |       |
| 乡镇调查审核意见                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <div>经入户核实，申请人_____确为需要长期（6个月以上）照护的残疾人，符合残疾人护理补贴的申请条件，同意上报。</div> <div>经入户核实，申请人_____可以独立完成，有自理能力，不需要长期（6个月以上）照护，故不符合残疾人护理补贴的申请条件。</div> <div>乡镇两补负责人签字：_____ 乡镇分管领导签字：_____</div> <div>_____ 乡镇（街道）盖章：_____</div> <div>_____ 年 _____ 月 _____ 日</div> |        |                                                       |                                                           |       |

扫一扫在手机打开当前页

