锦江区残疾人居家无障碍改造申请流程

一、改造条件

1.具有锦江区户籍；

2.持有第二代《中华人民共和国残疾人证》的残疾人；

3. 对家庭无障碍设施有需求意愿；

4.改造房屋在锦江区范围内，拥有房屋产权或使用权，且居住环境具备无障碍改造条件。

二、申请材料

1.锦江区残疾人居家无障碍改造申请表（见附件）；

2.身份证原件及复印件；

3.第二代《中华人民共和国残疾人证》原件及复印件；

4.经社区公示无异议的公示材料原件（由社区、街道提供）。

三、改造内容

（一）肢残类家庭无障碍改造

1.出入口改造。台阶改坡道便于轮椅通行；楼梯、过道加设扶手；地面平整硬化。

2.户门改造。入户门加宽便于轮椅通行；剔除门槛；户内坡道改造。

3.卫生间改造。入门加宽便于轮椅通行；洗脸台低位改造；地面防滑改造；蹲便器改坐便器；折叠浴椅；安装扶手。

4.卧室改造。入门加宽便于轮椅通行；加设扶手。

5.厨房改造。入门加宽，灶台、橱柜、水池低位改造，方便坐轮椅者使用。

（二）听障类家庭无障碍改造

音乐闪光门铃、可视门铃。

（三）视障类家庭无障碍改造

1.音乐闪光门铃。

2.煤气泄露报警发声装置。

3.楼梯、过道加设扶手。

四、办理流程

1.符合条件的残疾人根据区残联公布的时间和无障碍改造项目向所在街道提出申请。

2.街道残联审核同意后汇总报区残联审批。

3.由区残联根据目标任务数统筹采购改造，并组织项目实施。

相关科室联系电话：86730631

附件

锦江区残疾人居家无障碍改造申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  |
| 残疾类别 |  | 残疾证号 |  | | |
| 改造地址 |  | | | 联系电话 |  |
| 申请无障碍改造项目 | 出入口改造（肢残类）:室外入口坡道 楼梯扶手 过道扶手  坡道扶手 地面平整硬化  户门改造（肢残类）:入户大门加宽 剔除门槛 户内坡道改造  厨房改造（肢残类、方便轮椅者使用)：灶台低位改造 橱柜低位改造 水池低位改造 厨房门加宽  卧室改造（肢残类、方便轮椅通行）：卧室大门加宽 扶手  卫生间改造（肢残类）：入门加宽 洗脸台低位改造  地面防滑改造 坐便器 折叠浴椅 扶手  视障类：音乐闪光门铃 楼梯扶手 过道扶手  煤气泄漏报警发声装置  听障类：音乐闪光门铃 可视门铃 | | | | |
| 申请改造项目具体情况 |  | | | | |
| 申请人（监护人）： | | | | |
| 街道意见 | 审核： 经办：  （街道办事处盖章）  年 月 日 | | | | |
| 区残联意见 | 审核： 经办：  年 月 日 | | | | |

锦江区残疾人机动轮椅车燃油补贴申请流程

一、补贴条件

1.具有锦江区户籍；

2.持有第二代《中华人民共和国残疾人证》的下肢残疾人；

3.购买机动轮椅车的下肢残疾人；

4.机动轮椅车须符合《机动轮椅车国家技术标准（GB12995-2006）》的相关规定；

5.机动轮椅车正在使用中。

二、补贴标准

365元人/年

三、申请材料

1.书面申请书及残疾人机动轮椅车燃油补贴申请审批登记表（见附件，需贴本人近期两寸免冠照片）；

2.身份证原件及复印件;

3.户口本原件及复印件；

4.第二代《中华人民共和国残疾人证》原件及复印件；

5.机动轮椅车购买凭证原件及复印件；

6.本人“一卡通”复印件；

7.经社区公示无异议的公示材料原件（由社区、街道提供）；

8.其他需要的材料。

四、办理流程

1.符合条件的残疾人向街道残联提出申请（每年一次）；

2.街道残联复审通过后汇总报区残联审批。

相关科室联系电话：86730631

附件

残疾人机动轮椅车燃油补贴申请审批登记表

街道： 申报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 | |  | | | 照片 |
| 年 龄 | |  | 民 族 | |  | | |
| 身份证号 | |  | | | | | |
| 残疾人证号 | |  | | | | | |
| 联系电话 | |  | | | | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | |
| 品牌 | |  | 车型 | | | |  | |
| 购车发票号或证明 | |  | 购买年份 | | | |  | |
| 车架号 | |  | | | | | | |
| 身份证、残疾人证、购车凭证复印件、粘贴处 | | | | | | | | |
| 本人申请签章 | 年 月 日 | | | | | | | |
| 乡镇（街道）  意见 | 年 月 日 | | | | | | | |
| 区（市）县审批意见 | 年 月 日 | | | | | | | |
| 经办人签章 | 年 月 日 | | | 审批人签章 | | 年 月 日 | | |

锦江区贫困残疾人临时救助申请流程

一、救助条件

1.具有锦江区户籍；

2.持有第二代《中华人民共和国残疾人证》的残疾人；

3.患危重疾病（国家规定的三十六种重大疾病见附件2）住院治疗的残疾人；

4.因病出现家庭基本生活困难的残疾人，包括：低保残疾人、经民政局认定的低保边缘残疾人、经街道认定的家庭生活困难残疾人。

二、救助标准

（一）家庭生活困难残疾人按其个人承担住院治疗费用救助30%，经民政局认定的低保边缘家庭残疾人按其个人承担住院治疗费用救助35%，低保残疾人按其个人承担住院治疗费用救助40%，一户多残家庭残疾人按其个人承担住院治疗费用救助40%；

（二）未参保残疾人不能提供成都市医疗保险支付结算表的，按四川省医疗卫生单位统一住院费用结算票据总额的40%作为个人支付部分，再按其30%的比例实施救助；

（三）最高额度不超过10000元，每个自然年度只救助一次。

三、申请材料

1.救助对象书面申请书及贫困残疾人特殊困难临时救助资金审批表（见附件1）；

2.救助对象身份证、残疾人证原件及复印件；

3.因病出现家庭基本生活困难的残疾人证明材料：

低保残疾人需提供低保证复印件；

低保边缘家庭残疾人需提供成都市民政低保边缘家庭认定调查情况告知书复印件；

家庭生活贫困的残疾人需提供由社区评议、街道认定的相关证明材料。

其中：多残家庭残疾人需提供多残家庭（残疾人证、户口本、结婚证）复印件。

4.救助对象出院病情证明书复印件；

5.支付结算表：

参保残疾人需提供“成都市医疗保险支付结算表”复印件，“成都市大病互助补充保险结算表”复印件；

未参保残疾人需提供“四川省医疗卫生单位统一住院费用结算票据”复印件。

6.救助对象本人“一卡通”复印件（因特殊原因需其家属代领的，需提供人卡不符说明）；

7. 经社区公示无异议的公示材料原件（由社区、街道提供）。

四、办理流程

1.符合条件的残疾人向所在社区提出申请（每年一次）。

2.由社区进行调查核实，上报街道残联。

3.街道残联审核同意后汇总报区残联审批。

相关科室联系电话：86730631

附件：1

成都市锦江区残疾人联合会

贫困残疾人特殊困难临时救助资金申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 年龄 |  | 性别 | |  |
| 身份证号 |  | | | 残疾证号 | |  |
| 联系电话 |  | 住址 |  | | | |
| 家庭人口 |  | 家庭年收入 | | |  | |
| 申请理由及金额 |  | | | | | |
| 原件审核情况 |  | | | | | |
| 家庭详细情况 |  | | | | | |
| 社会保险或城镇居民医疗保险的参保和赔付情况 |  | | | | | |
| 社区核实情况  及意见 | 社区残协主席（签字）： 经办人（签字）：  （社区居委会盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 街道办事处  核实情况及意见 | 分管领导（签字）： 经办人（签字）：  （街道办事处盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 区残联科室  核实情况及意见 | 经审批，同意享受临时救助，建议救助\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元。  科室负责人(签字)： 经办人(签字)：  年 月 日 | | | | | |
| 区残联分管理事长处理意见 | 签字：  年 月 日 | | | | | |
| 区残联理事长  处理意见 | 签字：  年 月 日 | | | | | |

附件2：

国家规定三十六种重大疾病

（一）恶性肿瘤  
（二）急性心肌梗塞、

（三）脑中风后遗症

（四）重大器官移植术或造血干细胞移植术

（五）冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）

（六）终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）

（七）多个肢体缺失

（八）急性或亚急性重症肝炎

（九）良性脑肿瘤

（十）慢性肝功能衰竭失代偿期

（十一）脑炎后遗症或脑膜炎后遗症

（十二）深度昏迷

（十三）双耳失聪

（十四）双目失明

（十五）瘫痪

（十六）心脏瓣膜手术

（十七）严重阿尔茨海默病

（十八）严重脑损伤

（十九）严重帕金森病

（二十）严重Ⅲ度烧伤

（二十一）严重原发性肺动脉高压

（二十二）严重运动神经元病

（二十三）语言能力丧失

（二十四）重型再生障碍性贫血

（二十五）主动脉手术

（二十六）多发性硬化症  
（二十七）经输血导致的人类免疫缺陷病毒感染

（二十八）植物人

（二十九）系统性红斑狼疮

（三十）胰岛素依赖型糖尿病（Ｉ型糖尿病）

（三十一）原发性心肌病

（三十二）重症肌无力

（三十三）急性坏死性胰腺炎

（三十四）坏死性筋膜炎

（三十五）终末期肺病

（三十六）严重类风湿性关节炎

锦江区贫困残疾人特殊慰问申请流程

一、救助条件

（一）具有锦江区户籍、持有第二代《中华人民共和国残疾人证》的残疾人；

（二）辖区内低保户、低保边缘家庭或者一户多残家庭；

（三）因病因灾（不符合临时救助条件）经社区民主评议认定其家庭出现较大困难，难以维持家庭基本生活的。

二、救助标准

采取一事一议的办法，一户家庭一年只能申报一次，最高救助金额不超过5000元（由社区民主评议确定救助金额后报街道审核同意）。

三、申请材料

（一）《锦江区残疾人特殊慰问申请表》（见附件）；

（二）救助对象书面申请书；

（三）救助对象身份证和“一卡通”复印件、残疾人证复印件；

（四）救助对象为低保户的需提供低保证复印件；

（五） 救助对象为低保边缘家庭的需提供低保边缘家庭（成都市民政低保边缘家庭认定调查情况告知书）复印件；

（六）救助对象为多残家庭的需提供多残家庭（残疾人证、户口、结婚证）复印件；

（七）经社区评议及公示无异议的公示材料；

（八）其他证明材料。

四、办理流程

1.符合条件的残疾人向所在社区提出申请（每年一次）。

2.由社区进行调查核实，上报街道残联。

3.街道残联审核同意后汇总报区残联审批。

相关科室联系电话：86730631

附件

锦江区残联贫困残疾人特殊慰问审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 年龄 | |  | | | 性别 |  |
| 身份证号 |  | | 残疾证号 | | |  | | |
| 联系电话 |  | 住址 | |  | | | | |
| 家庭人口 |  | | | 家庭年收入 | | |  | |
| 慰问理由  及建议金额 |  | | | | | | 慰问  金额 |  |
| 原件审  核情况 |  | | | | | | | |
| 街道  社区  推荐情况  及意见 | 专干(专委)意见 | | | | 社区残协主席（社区主任）意见 | | | |
| 签字:  年 月 日 | | | | 签字（盖章）:  年 月 日 | | | |
| 街道残联理事长（街道相关科室科长）意见 | | | | 街道残联主席（街道分管领导）意见 | | | |
| 签字（盖章）:  年 月 日 | | | | 签字（盖章）:  年 月 日 | | | |
| 区残联  科室意见 | 签字：  年 月 日 | | | | | | | |
| 区残联分管理事长处理意见 | 签字：  年 月 日 | | | | | | | |
| 区残联  理事长  处理意见 | 签字：  年 月 日 | | | | | | | |

锦江区残疾人c5驾照培训补助申请流程

一、补贴范围

（一）具有锦江区户籍、持有第二代《中华人民共和国残疾人证》的残疾人；

（二）培训合格并取得《中华人民共和国机动车（C5）驾驶证》的残疾人。

二、补贴标准

一次性补贴1500元。

三、申请程序

（一）符合条件的c5驾照残疾人向所在社区提出书面申请，并填报《锦江区残疾人C5驾照培训补贴申请表》（见附件）；需提供下述材料的原件及复印件：户籍证明、身份证、“一卡通”、《中华人民共和国机动车（C5）驾驶证》、第二代《中华人民共和国残疾人证》；

（二）其他证明材料

（三）由社区进行调查核实，上报街道残联申请。

四、审批程序

社区残协初审，街道残联复审通过后，报区残联审批。

相关科室联系电话：86730631

附件

锦江区残疾人C5驾照培训补贴申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | 出生日期 |  | 年龄 |  |
| 残疾证号 |  | | | | | | | |
| C5驾照号 |  | | | | 联系电话 |  | | |
| 取得C5驾照时间 |  | | | | 是否领取过C5驾照补贴 |  | | |
| 家庭地址 |  | | | | | | | |
| 申请原因 | 申请人签字：  年 月 日 | | | | | | | |
| 区残协主席（签字）：  经办人（签字）：    （  （ （社区居委会盖章）  年 月 日 | | | 分管领导（签字）：  经办人（签字）：    （街道办事处盖章）  年 月 日 | | | 科室负责人(签字)：  经办人(签字)：  年 月 日 | | |