

中山市残疾人联合会文件

中山残联〔2018〕54号

关于印发中山市残疾人申请听力辅具适配 补贴实施细则的通知

各镇区残联、各听力定点评估医院：

2017年6、7月，我市出台了《中山市残疾人保障办法》、《关于印发《中山市残疾人精准康复服务行动实施方案》（2017-2020）的通知》（中山残联〔2017〕44号）后，残疾人听力辅具适配申请不断增加，为了规范和加强管理，经征求卫计部门意见，特制定《中山市残疾人申请听力辅具适配补贴实施细则》，现印发给你们，请遵照执行。

中山市残疾人申请听力辅具适配补贴 实施细则

为了规范听力辅具补贴的申请，提高办事效率，经研究，制定《中山市残疾人申请听力辅具补贴实施细则》，请遵照执行。

一、听力辅具适配补贴申请的对象

中山户籍，持证听力残疾人，0-6岁听障儿童必须要有中山市听力评残医院医生签名的疾病诊断证明书、医院盖章的门诊病历。

二、听力辅具适配补贴政策

0-17岁听力残疾人配置人工耳蜗自付部分最高补助80000元/耳，配置助听器自付部分最高补助12000元/耳，其中0-6岁听障儿童配助听器限3年一次，7-17岁听力残疾人配助听器限5年一次。成人配置助听器自付部分最高补助6000元/耳，限8年一次。

三、听力辅具适配补贴申请程序

(一)助听器补贴申请：《残疾人精准康复服务补助申请审批表》(一式两份、村居委会审核并盖章)和《听力残疾人辅具需求评估表》到指定医院(见附件1)评估(此评估结果有效期半年)---按照评估医院意见自行选择到合法辅具经营单位或医院装配---将上述四份表和残疾证、发票(注明品牌、型号、是否左右耳佩戴)、保修卡及收款银行

帐号交到镇区残联——镇区残联核实后，提交市残联——市残联批准后，将辅具补贴划到申请人或其监护人帐号。

(二) 人工耳蜗补贴申请:《残疾人精准康复服务补助申请审批表》(一式两份、村居委会审核并盖章)和一份《听力残疾人辅具需求评估表》，定点手术医院(见附件2)手术医生出示的《疾病证明书》，中山市残疾儿童教养学校出具的《听觉言语训练评估报告》到指定医院(见附件1)评估(此评估结果有效期半年)——按照评估意见到指定手术医院进行手术装配人工耳蜗——将上述五份表格和资料、残疾证、发票(附住院明细清单、结算清单，如人社局已收清单，应出示人社局盖章的结算清单原件)，签《听觉言语康复教育承诺书》(见附件5)及收款银行帐号交到镇区残联——镇区残联核实后，提交市残联——市残联批准后，将辅具补贴划到申请人或其监护人帐号。

四、申请听力辅具适配补贴的其他事项

(一) 残疾人佩戴助听器的品牌由残疾人根据评估医院意见结合自身实际自行选择，任何相关人员不得指定品牌及型号；

(二) 建立黑名单制度，对以下行为的列入黑名单，并追责。

1、虚开发票的辅具配置机构，取消辅具报销资格，并向工商、税务等部门举报；

2、开具虚假证明的医生，取消评残和辅具评估资格，

并向卫计部门反映；

3、套取资金的残疾人，追收补贴，取消其辅具申请资格，并视情况向社会公开。

（三）人工耳蜗手术必须在定点的6间医院中选择；术前要签订《听觉言语康复训练承诺书》，术后要进行听力言语功能训练。

（四）必须遵循先进行听力评估并符合条件，才能配置助听器或人工耳蜗植入术的原则。

（五）本文中的辅具经营单位指本市有工商营业执照的助听器生产企业或销售公司。

本细则自公布日起实施。

附件1. 中山市听力辅具适配评估医生名单

2. 人工耳蜗定点手术医院
3. 残疾人精准康复服务补助申请审批表
4. 听力残疾人辅具需求评估表
5. 听觉言语康复训练承诺书
6. 听力辅具适配评估指引（试行）



附件 1

中山市听力辅具适配评估医生名单

序号	医院	医生
1	中山市人民医院	傅敏仪
2		黄桂球
3		冯志谦
4		马永忠
5		李欣
6	中山市中医院	孙一帆
7		周小军
8		郭亿莲
9		卢标清
10		徐庆文
11		彭宏彬
12	中山市博爱医院	李正民
13		陈文强
14		郑碧云
15	中山市小榄人民医院	邓明朝
16		容庆丰
17		付亚峰
18		张国华
19		龙朝庆

附件 2

人工耳蜗定点手术医院

参照国家康复救助广东省人工耳蜗定点手术医院及我市社保转诊定点医院名单，我市人工耳蜗定点手术医院名单如下：

序号	手术医院	咨询电话	详细地址
1	中山大学第一附属医院	020-87755766 转8413	广州中山二路58号
2	中山大学孙逸仙纪念医院	020-81332983	广州市沿江西路107号
3	中山大学第三附属医院	020-85252239	广州市天河区 天河路600号
4	广东省人民医院	020-83827812 -60507	广州市中山二路106号
5	南方医科大学附属珠江医院	020-62782089	广东省广州工业大道中253号
6	广州市妇女儿童医疗中心 医院	020-38076381	广东省广州市天河区金穗路9号

附件 3

残疾人精准康复服务补助申请审批表

(年度)

姓名		性别		民族		出生年月	
身份证号			残疾人证号 (持证必填)				
残疾类别	视力 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 言语 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 智力 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> (多重残疾可多选)						
残疾等级	一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 未定级 <input type="checkbox"/>						
家庭住址			监护人姓名		联系电话		
家庭经济状况	<input type="checkbox"/> 家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线 <input type="checkbox"/> 家庭经济困难				户口类别	<input type="checkbox"/> 农业户 <input type="checkbox"/> 非农业户	
医疗保险情况	<input type="checkbox"/> 享受城镇职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 享受城乡居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 享受医疗救助 <input type="checkbox"/> 享受其他保险 <input type="checkbox"/> 无医疗保险						
康复需求项目							
残疾人或监护人申请	本人承诺提供的资料及发票真实无误。 申请人： 年 月 日						
社区(村)委会意见	审核人： 公 章 年 月 日						
镇(区)残联意见	审核人： 公 章 年 月 日						
市残联审批意见	审核人： 公 章 年 月 日						

填表说明:

1. 此表一式两份。由残疾人或其监护人填写，经社区康复协调员逐级审核上报至镇(区)残联，由市、镇(区)两级审批并留存。
2. “康复需求项目”栏依据评估机构出具的“康复需求评估意见”填写。评估机构出具的“康复需求评估意见”须加盖评估机构公章。
3. 附身份证、残疾证的复印件，如果 0-6 岁未有残疾证的出示病历证明；附发票正本，附申请人的银行账户复印件，如不是本人申请，需提交关系证明(户口簿、结婚证、出生证等)；家庭贫困的出示：五保(户)、低保、低收入证明。所有复印件镇区残联要加盖公章。

附件4 听力残疾人辅具需求评估表

姓名		性别		年龄		残疾等级	
身份证号			残疾人证号 (持证必填)				
主观及客观听力检测报告 结果							
诊断							
配置辅具意见	(要注明装配助听器是配单耳、双耳, 人工耳蜗植入手术是单耳、双耳)						
	评估机构 (盖章):						
	评估医生签名: 1、						
	2、						
	年 月 日						
备注	(遵循先听力评估后配置助听器或人工耳蜗植入术的原则)						

附件 5

听觉言语康复训练承诺书

中山市残联:

本人 (身份证号)
是 (身份证号) 的监护人。 将
于 年 月 进行人工耳蜗植入手术, 本人承诺,
术后进行听觉言语康复训练, 如不参加进行训练, 本人将退
回市残联给予听力残疾人配置辅具补贴。

承诺人:

年 月 日

附件 6

听力辅具适配评估指引（试行）

根据《中山市残疾人保障办法》、《关于印发〈广东省残疾人精准康复服务定点机构管理办法（试行）〉和〈广东省残疾人精准康复服务定点评估机构准入标准（试行）〉的通知》（粤残联[2017]74号）等规定，为明晰定点机构在评估方面的责任，切实为听力残疾人（听力障碍儿童）配置辅具作出专业的评估，经征求相关专家意见，对听力辅具评估提出如下指引，供各定点康复评估医疗机构参考。

一、助听器适配听力评估条件（听力损失以言语频率 0.5-4KHZ 平均值为标准、有效期为半年的听力检测报告、遵循先听力评估后配置助听器的原则）

（一）婴幼儿、儿童（0-17岁）助听器双耳适配基本条件

1、双耳平均听力损失大于 41-90dB HL 听障者。

2、双耳平均听力损失大于 90dB HL 听障者，应选择人工耳蜗植入，身体原因等导致的不具备条植入件者，应选配双耳特大功率助听器。

3、外耳道闭锁，畸形等，双耳平均听力均损失大于 41-90dB HL 听障者。可配戴骨导助听器。

（二）成人（18岁及以上）助听器双耳适配基本条件

1、双耳平均听力均损失大于 41-90dB HL 听障者。

2、双耳平均听力均损失大于 90dB HL 听障者，低频（0.25-1KHZ）残余平均听力（41-80dB HL）者。

(三) 成人 (18 岁及以上) 助听器单耳适配条件

1、听力损失一耳大于 41-90dB HL 听障者, 另一耳大于 90dB HL, 低频 (0.25-1KHZ) 无残余平均听力者。

2、双耳大于 90dB HL, 较好耳低频 (0.5-1KHZ) 残余平均听力 (41-80dB HL) 者。

(四) 达到上述条件同时, 符合以下情况之一方可进行助听器听力评估。

1、传导性听力损失, 经过药物和手术治疗后 3 个月不能恢复听力, 患者不愿意接受手术治疗者;

2、感音神经性耳聋, 病变时间超过 3 个月;

3、听神经病等蜗后病变者, 人工耳蜗植入后效果不明确, 可先佩戴助听器。

二、人工耳蜗植入听力评估条件 (听力损失以言语频率 0.5-4KHZ 平均值为标准、半年内听力检测报告为有效, 遵循先听力评估后人工耳蜗植入术的原则)

(一) 单耳植入评估条件

1、植入年龄通常为 1-17 岁, 脑膜炎导致的耳聋可在 1 岁前进行评估。

2、双耳平均听阈大于 80-90dB 的极重度听力损失; 经佩戴助听器后 3 个月听力评估未进入言语香蕉图、听力较佳耳的开放短句识别率 <70%, 言语训练效果差者。

3、双耳平均听力损失大于 90dB HL。听性稳态反应 2kHz 及以上频率阈值 >90dBnHL, 耳声发射双耳均未通过听障者。

对于无任何残余听力的患者，应向本人或监护人说明术后听觉康复效果欠佳的风险。

4、行为测听裸耳平均阈值 $>80\text{dBHL}$ ，助听听阈 2kHz 以上频率 $>50\text{dBHL}$ ；助听后言语识别率（闭合式双音节词）得分 $\leq 70\%$ ，由中山市残疾儿童教养学校出具《听觉言语训练评估报告》

5、申请者无手术禁忌证，术后具备听觉言语康复教育条件，并签听觉言语康复教育承诺书。3-17岁植入者需要有一定听觉言语康复训练史。

6、提供定点手术医院手术医生出具适合植入人工耳蜗的《疾病证明书》

（二）双耳植入听力评估条件

1、评估标准要符合单耳植入听力评估条件的 1-6 条；

2、确保已植入耳听力补偿有效，未植入耳平均听力损失大于 90dB HL 或平均听阈大于 $80-90\text{dB}$ 的极重度听力损失，经佩戴助听器后 3 个月行为测听裸耳平均阈值 $>80\text{dBHL}$ ，助听听阈 2kHz 以上频率 $>50\text{dBHL}$ ；助听后言语识别率（闭合式双音节词）得分 $\leq 70\%$ ，言语训练效果差者。由中山市残疾儿童教养学校出具《听觉言语训练评估报告》

三、听力检查项目

1、成人及 6-17 岁：纯音测听，听性脑干反应阈值检查（ABR）。需植入人工耳蜗者加做耳声发射、戴助听器下声场测试评估报告。

2、儿童：0—6岁做听性脑干反应阈值检查（ABR）、多频稳态诱发电位检查（ASSR）。需植入人工耳蜗者加做耳声发射、戴助听器下声场测试评估报告。

四、听力检测报告互认

人工耳蜗定点医院和我市三甲医院的客观听力检查和影像学检查报告可以互认。

主观听力检测可以在本院重测一次，如两院的误差在5分贝以内，可以互认。

五、各定点评估医院责任

（一）医疗机构不得出具虚假证明和听力不符的评估报告；

（二）不能指定残疾人佩戴某一品牌的助听器，应由残疾人自由选择；

（三）应耐心细致为残疾人提供服务。


中山市残疾人联合会
2018年7月13日