

岳阳县“最多跑一次”改革工作领导小组文件

岳县跑改办发〔2021〕2号

岳阳县“最多跑一次”改革领导小组办公室 关于印发《岳阳县残疾人发证补贴“一件事一次办” 工作实施方案》的通知

各乡镇（办事处）人民政府，县直相关单位：

《岳阳县残疾人发证补贴“一件事一次办”工作实施方案》
已经县“最多跑一次”改革领导小组同意，现印发给你们，请
认真组织落实。

岳阳县“最多跑一次”改革领导小组办公室

2021年5月26日

岳阳县残疾人发证补贴“一件事一次办”工作 实 施 方 案

为纵深推进我县“最多跑一次”改革向公共服务领域延伸，不断拓展我县“一件事一次办”办理范围，根据《湖南省人民政府办公厅关于印发<湖南省乡镇权力清单和责任清单>和<湖南省赋予乡镇(街道)经济社会管理权限指导目录>的通知》(湘政办发〔2019〕55号)、《岳阳市基层公共服务(一门式)全覆盖工作领导小组关于印发<岳阳市基层公共服务(一门式)全覆盖村级事项清单>(第一批)的通知》、《中共岳阳县党史学习教育领导小组关于印发<岳阳县“我为群众办实事”实践活动工作方案>的通知》等文件精神，结合我县实际，特制定本方案。

一、工作目标

优化办事流程，减少办事环节，实现残疾人证办理、困难残疾人生活补贴、重度残疾人护理补贴对象审批发放等三件审批事项“一件事一次办”，切实减少残疾人群体办事跑路次数，增强残疾人等特殊群体的获得感和满意度。

二、办理对象

具有岳阳县户籍的残疾人。

三、办理流程和要求

1. 窗口受理。村部综合窗口核对信息后，对符合办理条件，

信息准确无误的，将申请人居民户口簿、身份证、残疾人证申请表等材料上传至县基层公共服务（一门式）系统（以下简称一门式系统），并在个人申请表照片处盖章。（时限：1个工作日）

2. 残疾鉴定。村部综合窗口工作人员告知申请人：岳阳县人民医院负责对肢体、视力、听力、言语、智力5类残疾进行鉴定，鉴定地点设在门诊二楼210办公室，鉴定时间为工作日每周三。岳阳市康复医院负责对精神类残疾进行鉴定。其中：

（1）属肢体、视力、言语残疾鉴定：凭《残疾人评定表》，直接到岳阳县人民医院作出残疾鉴定。

（2）属听力残疾鉴定：凭综合窗口开具的委托检测函，先到岳阳市一人民医院（东茅岭老院）作听力检测。然后凭检测结果和残疾人评定表到岳阳县人民医院作听力残疾鉴定。

（3）属智力残疾鉴定：凭综合窗口开具的委托检测函，到岳阳市康复医院作智力检测。然后凭检测结果和残疾人评定表到岳阳县人民医院作智力残疾鉴定。（委托检测时间：工作日每周三）

（4）属精神残疾鉴定：凭《残疾人证评定表》，直接到岳阳市康复医院作精神残疾鉴定。（鉴定时间：工作日每周四）

（5）费用减免：五保户、低保户凭相关证件，免收岳阳

县人民医院的残疾鉴定费用。县残联窗口及时查收、核实联办系统上传的相关资料，定期收取县人民医院、市康复医院已鉴定完成的残疾评定表，申报省残联公示平台公示 5 个工作日无异议后入系统办证（时限：2 个工作日，公示时间除外）。根据申请人的实际需求，残疾人证的发放通过就近领取或快递送达。

3. 补贴申请条件。困难残疾人生活补贴对象：具有岳阳县户籍、持有第二代《中华人民共和国残疾人证》（以下简称残疾人证），家庭或者本人为最低生活保障对象的残疾人。

重度残疾人护理补贴对象：具有岳阳县户籍、持有第二代残疾人证且残疾等级为一、二级的残疾人。

符合条件的残疾人，可同时申领困难残疾人生活补贴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、离休等福利性生活补贴（津贴）、护理补贴（津贴）条件的残疾人，可择高申领其中一类生活补贴（津贴）、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。残疾人两项补贴不计入城乡最低生活保障家庭的收入。领取工伤保险生活护理费、纳入特困人员供养保障的残疾人不享受残疾人两项补贴。

4. 补贴发放。村（社）便民服务中心综合窗口及时将符合补贴申请条件的残疾人残疾证信息上传至一门式系统，村部分管民政村干部将申请补贴的资料送至乡镇民政所。乡镇民政所受理残疾人两项补贴申请并进行初审，将相关信息录入残疾人两项补贴工作网络信息平台，并将初审资料报送县残联进行相关审核。县残联部门将审核合格材料转送同级民政部门审定。审定合格材料后由县民政部门出发放表，报同级财政部门申请拨付资金，按季度打卡发放。（审批时限：2个工作日）

总承诺时限：原则上不超过8个工作日（公示时间、邮寄时间除外）。

四、实施步骤

1. 统一事项标准。5月26日前，完成残疾人发证补贴“一件事一次办”联办系统开发建设；完成残疾人发证补贴“一件事一次办”服务指南、申请表、流程图梳理编制。

2. 统一服务专窗。5月28日前，各乡镇、村社便民服务中心完成残疾人发证补贴“一件事一次办”综合受理专窗设置，相关制度上墙，并完成人员岗前业务培训工作。

3. 统一运行平台。6月4日前，完成残疾人发证补贴“一件事一次办”联办系统数据对接工作，系统正式上线运行，改革工作启动。

五、工作要求

（一）分工负责。县残联为总牵头单位，确定专人负责联办系统操作和资料流转。指导并督促乡镇、村社便民服务中心、定点医院按规定时限完成业务办理。县民政局负责两项补贴发放及时到位。县政务服务中心负责制定方案、流程梳理、系统内网布设、乡镇和村（社）便民服务中心残疾人发证补贴“一件事一次办”综合窗口设置、协调对接、业务培训等工作。

（二）一体实施。全县 15 个乡镇、193 个村（社区）社全部实施、全面铺开，各相关部门要高度重视，切实增强工作的使命感和责任感，高质量完成工作任务。

（三）协同推进。各相关部门要加强组织领导，健全工作机制。要按照整合和联办的改革要求，加大事项梳理、流程再造和信息系统对接等工作协调。要加强业务培训，使窗口工作人员熟练掌握业务流程和工作规范，提高服务效率，确保服务质量。

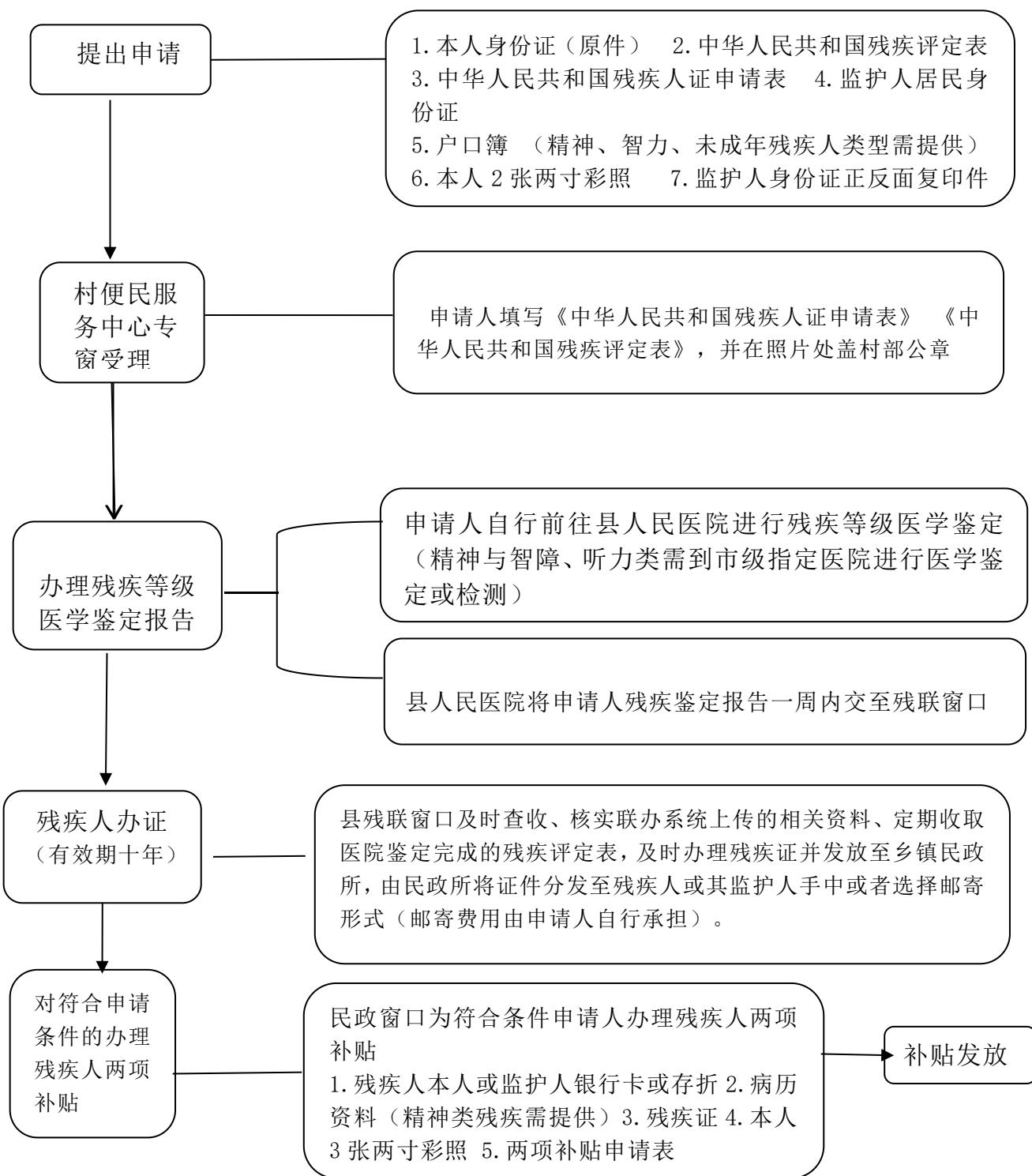
（四）宣传引导。加大宣传引导，提高“残疾人补贴一件事”服务知晓度。进一步丰富政策咨询途径，及时回应、解答群众关切的热点问题。及时总结经验，通过典型示范引领，推动服务模式优化升级，不断提高群众的认可度和满意度。

- 附件：1. 岳阳县残疾人发证补贴“一件事一次办”流程图
2. 中华人民共和国残疾人证申请表
3. 中华人民共和国残疾评定表
4. 岳阳县残疾人两项补贴申请审批表

岳阳县跑改办
2021年5月20日

附件 1

岳阳县残疾人发证补贴“一件事一次办”流程图



中华人民共和国残疾人证申请表

县（市、区）		乡镇（街道办事处）		村（居委会）					
申请 人 基 本 情 况	姓 名			性别		民族		婚否	
	出生年月		籍贯				文化程度		
	身份证号								
	现住址								
	邮 编		联系电话						
	户口类别	1、农村 2、非农村							
监 护 人	姓 名				与其关系				
	联系电话								
工作 信 息	工作单位				职业工种				
	单位性质				是否福利企业	1、是		2、否	
证件申请类型		1、新申请 2、换领申请 3、补办申请							
乡镇（街道） 残联意见					盖章	备注			
					年 月 日				

中华人民共和国残疾评定表

湖南省岳阳县

贴照片处
(2寸近照)

申请人姓名				申请人身份证号															
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	1. 遗传、先天异常或发育障碍				5. 角膜病				9. 弱视				13. 原因不明					
	2. 二级	2. 白内障				6. 视神经病变				10. 外伤									
	3. 三级	3. 青光眼				7. 视网膜、色素膜病变				11. 中毒									
	4. 四级	4. 沙眼				8. 屈光不正				12. 其他									
	矫正视力: 右眼_____ 左眼_____ 视野: 右眼_____ 左眼_____																		
2. 听力 残疾	1. 一级	1. 遗传				5. 全身性疾病				9. 新生儿窒息				13. 噪声和爆震					
	2. 二级	2. 母孕期病毒感染				6. 中耳炎				10. 高胆红素血症				14. 其他					
	3. 三级	3. 传染性疾病				7. 老年性耳聋				11. 药物中毒				15. 原因不明					
	4. 四级	4. 自身免疫缺陷性疾病				8. 早产和低体重				12. 创伤或意外伤害									
	测试耳		0.5	1.0	2.0	4.0	kHz	平均听力损失: _____											
右耳						dB HL	1. >90dB HL 2. >80dB HL 3. >60dB HL												
左耳						dB HL	4. >40dB HL 5. 待诊												
伴随言语能力情况: _____																			
本底噪音: _____ dB(A)														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					
2. 言语 残疾	1. 一级	1. 唐氏综合症				7. 脑梗死				13. 帕金森氏病				19. 癫痫					
	2. 二级	2. 脑性瘫痪				8. 脑出血				14. 多发性硬化				20. CO 中毒					
	3. 三级	3. 新生儿病理性黄疸				9. 脑炎				15. 脊髓侧索硬化				21. 其他					
	4. 四级	4. 早产、低体重和过期产				10. 脑囊虫病				16. 脑外伤				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																			

	<p>语音清晰度: 1. $\leq 10\%$ 2. $\leq 25\%$ 3. $\leq 45\%$ 4. $\leq 65\%$</p> <p>言语能力:</p> <p>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难</p> <p>4. 初步对话, 词少, 不流畅 5. 基本上能交流, 不太清楚 6. 说话正常, 声调尚佳 7. 其他</p>																														
	<table border="0"> <tr> <td>1. 脑性瘫痪</td> <td>7. 周围血管疾病</td> <td>13. 交通事故</td> <td>19. 中毒</td> </tr> <tr> <td>2. 发育畸形</td> <td>8. 肿瘤</td> <td>14. 脊髓损伤</td> <td>20. 其他</td> </tr> <tr> <td>3. 侏儒症</td> <td>9. 骨关节病</td> <td>15. 脑外伤</td> <td>21. 原因不明</td> </tr> <tr> <td>4. 其他先天性或发育障碍</td> <td>10. 地方病</td> <td>16. 其他外伤</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. 脊髓灰质炎</td> <td>11. 脊髓疾病</td> <td>17. 结核性感染</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. 脑血管疾病</td> <td>12. 工伤</td> <td>18. 化脓性感染</td> <td></td> </tr> </table>							1. 脑性瘫痪	7. 周围血管疾病	13. 交通事故	19. 中毒	2. 发育畸形	8. 肿瘤	14. 脊髓损伤	20. 其他	3. 侏儒症	9. 骨关节病	15. 脑外伤	21. 原因不明	4. 其他先天性或发育障碍	10. 地方病	16. 其他外伤		5. 脊髓灰质炎	11. 脊髓疾病	17. 结核性感染		6. 脑血管疾病	12. 工伤	18. 化脓性感染	
1. 脑性瘫痪	7. 周围血管疾病	13. 交通事故	19. 中毒																												
2. 发育畸形	8. 肿瘤	14. 脊髓损伤	20. 其他																												
3. 侏儒症	9. 骨关节病	15. 脑外伤	21. 原因不明																												
4. 其他先天性或发育障碍	10. 地方病	16. 其他外伤																													
5. 脊髓灰质炎	11. 脊髓疾病	17. 结核性感染																													
6. 脑血管疾病	12. 工伤	18. 化脓性感染																													
	<p>肢体残疾一级: _____</p> <p>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 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</p>																														
4. 肢体残疾	<p>肢体残疾二级: _____</p> <p>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</p>																														
	<p>肢体残疾三级: _____</p> <p>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</p>																														
	<p>肢体残疾四级: _____</p> <p>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</p>																														
	<table border="0"> <tr> <td>1. 遗传</td> <td>7. 发育畸形</td> <td>13. 其他外伤</td> </tr> <tr> <td>2. 脑疾病</td> <td>8. 营养不良</td> <td>14. 中毒与过敏反应</td> </tr> <tr> <td>3. 内分泌障碍</td> <td>9. 母孕期外伤及物理伤害</td> <td>15. 不良社会文化因素</td> </tr> <tr> <td>4. 惊厥性疾病</td> <td>10. 产伤</td> <td>16. 其他</td> </tr> <tr> <td>5. 新生儿窒息</td> <td>11. 工伤</td> <td>17. 原因不明</td> </tr> <tr> <td>6. 早产、低体重和过期产</td> <td>12. 交通事故</td> <td></td> </tr> </table>							1. 遗传	7. 发育畸形	13. 其他外伤	2. 脑疾病	8. 营养不良	14. 中毒与过敏反应	3. 内分泌障碍	9. 母孕期外伤及物理伤害	15. 不良社会文化因素	4. 惊厥性疾病	10. 产伤	16. 其他	5. 新生儿窒息	11. 工伤	17. 原因不明	6. 早产、低体重和过期产	12. 交通事故							
1. 遗传	7. 发育畸形	13. 其他外伤																													
2. 脑疾病	8. 营养不良	14. 中毒与过敏反应																													
3. 内分泌障碍	9. 母孕期外伤及物理伤害	15. 不良社会文化因素																													
4. 惊厥性疾病	10. 产伤	16. 其他																													
5. 新生儿窒息	11. 工伤	17. 原因不明																													
6. 早产、低体重和过期产	12. 交通事故																														
	<p>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</p> <p>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</p> <p>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</p>																														

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			

批准 残联 审核 意见	<p>审核意见：</p> <p>审核人签名：</p> <p style="text-align: right;">公章</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
备注	

岳阳县残疾人两项补贴申请 审 批 表

申请人姓名：

监护人(单位)：

申请类别：困难生活补贴□ 重度护理补贴□

住 址：县乡(镇)

村(居)民委员会

填报时间：二〇二〇 年 月 日

残 疾 人 信 息	姓 名		残疾人证号				照片 (1寸照)
	性 别		残疾等级		残疾类别		
	出生年月		身份证号				
	联系电话		居住地址				
	家庭状况	低保家庭 <input type="checkbox"/> 低收入家庭 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>		低保证号			
监 护 人 信 息	姓 名		性别		出生年月	年月 日	
	职业(单位)		与残疾人关系		联系电话		
	身份证号			住址			
银行账号	户名: 开户行: 账号:						
乡镇人民政府 意见	经审查, 申请人提交的材料真实有效, 同意申报。 经办人: 联系电话: 年 月 日 (盖章)						
县残联意见	申请人残疾人证等资料合法有效, 经审查, 予以通过审核。 年月日 (盖章)						
县民政局意见	经审查, 申请人材料合法有效, 同意自年月起领取 重度残疾人护理补贴 <input type="checkbox"/> 困难残疾人生活补贴 <input type="checkbox"/> 年月日 (盖章)						

填表说明: 1. 残疾类别: 按“视力残疾、听力残疾、言语残疾、肢体残疾、智力残疾、精神残疾、多重残疾”填写; 2. 残疾等级: 按残疾证上所列残疾等级“一级、二级、三级”等具体等级填写; 3. 残疾人证号码为《中华人民共和国残疾人证》(第二代)号码; 4. 监护人信息: 监护人为单位的, 需在姓名处填写单位负责人姓名, 在职业(单位)处填写单位名称, 在联系电话处填写联系方式; 5. 银行账号: 户名应为残疾人或其监护人个人账户或监护机构账户; 6. 身份证或户口本、残疾人证、城乡居民最低生活保障证复印件一并作为本表附件, 不得缺漏。本表一式三份, 乡镇人民政府、县级残联、民政局各存一份。