

项目名称：徐州市泉山区残疾儿童肢体康复服务定点机构项目

项目编号：JSZC-320311-RTGS-G2025-0012

政 府 采 购 合 同

采 购 人：徐州市泉山区残疾人联合会

成交供应商：徐州市儿童医院

合同签订日期：2025 年 10 月 11 日

友情提醒：采购人与中标、成交供应商应当在中标、成交通知书发出之日起三十日内，按照采购文件确定的事项签订政府采购合同。

采购人应当自政府采购合同签订之日起 2 个工作日内，将政府采购合同在省级以上人民政府财政部门指定的媒体上公告，但政府采购合同中涉及国家秘密、商业秘密的内容除外。



甲方： 徐州市泉山区残疾人联合会 （以下简称甲方）

乙方： 徐州市儿童医院 （以下简称乙方）

项目编号：

为保障残疾儿童康复权益，满足残疾儿童基本康复需求，规范残疾儿童康复机构的服务与管理，根据市政府关于印发《徐州市完善残疾儿童救助制度的实施办法》的通知（徐政规【2019】3号）和《关于转发省残联四部门关于印发〈江苏省残疾儿童基本康复服务实施规范（2023版）的通知〉的通知》（徐残发【2024】13号）的文件精神，为共同做好残疾儿童康复训练工作，根据双方意愿，遵循平等、自愿、公平和诚实信用的原则，双方就（项目名称）相关事项协商一致，签订如下合同：

一、合同范围

1、甲乙双方共同完成徐州市泉山区残疾儿童肢体康复服务定点机构项目。具体详见合同附件。

2、服务期限：本合同有效期（2025年10月11日至2027年6月30日）。期内按照省、市、区相关考核办法进行考核，考核合格后方可续签，考核不合格的不得续签。

3、甲方委托乙方为0-16岁残疾儿童实施基本康复训练。

二、付款及要求

1、价格

（1）0-6岁残疾儿童 21000元/人/年（小写），贰万壹仟元/人/年（大写）；

（2）7-16岁残疾儿童 14000元/人/年（小写），壹万肆仟元/人/年（大写）；

最终价款结算按照实际康复训练人数和时间进行结算，不高于该康复类别年度救助标准。

2、付款

甲方按时拨付康复经费，原则上甲方一个年度训练周期2次拨付完全部费用，如遇其他特殊情况，双方协商解决。乙方应严格按照甲方要求，及时报送所需审核材料，末次结算前需提供年度财务审计报告，没有审计报告的不予结算。审计报告内容包括：参训儿童的数量、年龄是否合规、康复类别是否符合要求、实际训练时间、课程安排与家长本人签字内容是否一致、单个人员结算金额是否超过市定标准、康复机构是否按照省文件要求安排每日的训练课程等。

（2）乙方出具的全额正式发票；



(3) 乙方开户名称、开户银行和账号为：

开户名称： 徐州市儿童医院
开户银行： 工行江苏徐州分行淮西支行
账 号： 1106020609200018018

3、资金结算程序

(1) 结算前，乙方应严格按照甲方要求，及时提供档案台账，包括：儿童姓名、康复类别、康复时间、康复费用、家长签字等。

(2) 甲方根据乙方实际康复训练人数、康复训练时间和康复训练要求，按规定的康复训练经费标准和实际训练情况支付费用（每年训练时间不少于 9 个月）。乙方须按照甲方要求提供残疾儿童康复服务记录和服务费用正规发票原件。乙方须按照甲方要求准备残疾儿童康复训练明细单、家长签字单、出勤情况、训练内容等相关检查材料，甲方必要时可检查残疾儿童训练档案。未准备检查材料且不配合年终综合检查的，甲方不予拨款。

(3) 甲方按照省财政厅、省残联的要求，可以定期对康复训练过程和经费使用情况进行监督。乙方向甲方提供年度财务审计报告，审计报告内容包括：参训儿童的数量、年龄是否合规、康复类别是否符合要求、实际训练时间、课程安排与家长本人签字内容是否一致、单个人员结算金额是否超过市定标准、康复机构是否按照省文件要求安排每日的训练课程等。

三、乙方职责

1、乙方必须是有关部门审核认证合格的残疾儿童康复机构。须按照获批的康复资质接收残疾儿童，不得接收与康复机构资质类别不符的残疾儿童，并与残疾儿童法定监护人（委托监护人）签订书面康复训练协议。

2、乙方应将项目服务规范和具体服务收费价格公示，按照国家和省有关规定提供基本康复服务，确保残疾儿童康复效果和安全。在一个政府购买服务周期内，定点康复机构在保证康复质量的基础上，不得提高康复服务价格。

3、乙方应设立固定的服务场所，明确专人负责。在甲方要求和指导下向受助残疾儿童开展常态化登记、评估、筛查、适应性训练、效果评估、咨询转介、宣传教育等服务工作。

4、乙方负责填写参训残疾儿童相关训练档案，并完成省康复系统信息录入，根据送训残疾儿童的残疾程度，制定科学合理的康复训练计划，并针对残疾儿童的不同特点和情况实施个性化差别训练，定期进行训练效果评估。档案资料填写完整，个人信息准确无误，同时不得泄露受助残疾儿童信息。



5、乙方应定期向残疾儿童家长提供培训、讲座、咨询，并给予必要的康复训练指导。在康复训练期内，残疾儿童如因个体差异，确实不能完成规定的康复训练计划，乙方应及时调整康复训练方案。

6、乙方必须按照省定标准确定最大康复服务人数，不得超比例接收残疾儿童，不得拒绝残疾儿童只进行基本康复项目的服务要求。

四、其他要求

1、接受康复训练残疾儿童 100 人以上的定点康复机构，应在内部设立具有《医疗机构执业许可证》的医务室。100 人以内的，应与邻近医保定点医疗机构签订合作协议，为残疾儿童提供优质便捷的医疗服务。在医保定点医疗机构发生的医疗费用，按照儿童参加的城乡居民基本医疗保险规定结算。

2、因法定监护人（委托监护人）自行要求增加服务项目，超出救助额度外的费用，由残疾儿童家庭自行承担，康复机构需与残疾儿童家长另外签订协议。残疾儿童在康复机构期间如发生意外，由残疾儿童监护人与康复机构协商解决。协商不成的依法依规解决。

3、依据《江苏省残疾儿童基本康复服务管理暂行办法》（苏残发【2020】23 号）第十七条、第十八条之规定要求，考核不合格或存在违法行为的康复机构将停训整顿，并给予相应处罚。整顿后仍不合格的将取消定点资格，不再签订康复协议。对造成的一切后果由乙方自己承担。

五、违约责任

1、甲、乙任意一方无正当理由，服务期满之前不得终止合同（政策性调整除外），如一方违约应向对方支付 0 万元 的违约金。

2、乙方无正当理由未能完成康复服务，应向甲方支付 0 万元 的违约金，甲方有权单方面解除合同，并应当通知乙方，自通知到达乙方时合同解除。

六、合同的签订

1、本合同一式肆份，甲、乙双方各持贰份，若发生纠纷可向甲方所在地人民法院提起诉讼。

2、此协议如遇政策调整或不符合上级有关要求的，甲方可另行签订或者终止合同。

3、本合同经甲方双方签字盖章后生效，未尽事宜，经甲、乙双方协商后，可作出补充合同，补充合同与本合同具有同等效力。





甲方：（盖章）

地址：

法定代表人（签字或盖章）：

授权代理人（签字或盖章）：

联系人：

联系电话：



乙方：（盖章）

地址：

法定代表人（签字或盖章）：

授权代理人（签字或盖章）：

联系人：

联系电话：

2015 年 10 月 11 日

2015 年 10 月 11 日

