

# 枣庄市人力资源和社会保障局文件

枣人社字〔2020〕110号

---

## 关于规范工伤保险辅助器具配置机构 协议管理的通知

各区（市）人力资源和社会保障局，各有关单位：

为进一步规范工伤职工辅助器具配置机构管理，根据《关于印发〈工伤保险辅助器具配置管理办法〉的通知》（人社部令27号）、《关于做好〈工伤保险辅助器具配置管理办法〉贯彻落实工作的通知》（鲁人社字〔2017〕295号）等有关规定，结合我市实际，现就有关问题通知如下：

### 一、工伤保险辅助器具配置机构评估准入条件

（一）提供工伤保险辅助器具配置业务的机构应当遵守《中华人民共和国社会保险法》、《工伤保险条例》以及相关法律法规，并具备以下基本条件：

1.具有独立法人资格，持有效的《营业执照》和省民政行政部门颁发的《假肢和矫形器（辅助器具）生产装配企业资格认证书》；

2.至少有1名具有民政部假肢与矫形器职业资格考试委员会颁发的执业资格证书的专职技师，同时还应当有相应资质的训练人员和管理人员；

3.具有配置辅助器具相应的专科科室及其相应配置前辅助检查科室和设施；

4.具备与工伤保险经办机构信息系统联网运行的能力，有健全的管理制度和售后服务系统。

（二）申请承担工伤保险辅助器具配置业务的机构应当提交以下材料：

1.《枣庄市工伤辅助器具配置机构评估表》；

2.《假肢和矫形器（辅助器具）生产装配企业资格认证书》原件及复印件；

3.《营业执照》副本原件及复印件，市场监管部门出具的证明材料；

4.辅助器具配置人员执业资格证书原件及复印件；

5.经营辅助器具名目（包括型号、功能及价格）；

6.辅助器具配置服务工作方案；

7.服务场所产权或租赁合同原件及复印件。

（三）市社会保险服务中心在受理申请后，通过书面审查、

现场核查和评审会审议等进行评估，经综合评估符合条件并按规定公示 10 个工作日，无异议的机构可承担工伤保险辅助器具配置业务，报市人力资源社会保障局备案，并以适当方式向社会公布。

（四）对存在以下问题之一的机构，不对其进行评估：

- 1.不符合申请条件；
- 2.提交材料不完整；
- 3.被取消服务协议不满一年；
- 4.有违法、违规行为正在接受相关部门调查处理；
- 5.其他法律法规规定的情况。

## 二、工伤保险辅助器具配置机构实行协议管理

（一）经评估承担工伤保险辅助器具配置业务的机构与市社会保险服务中心在平等自愿的基础上签订服务协议，明确双方的责任、权利和义务。服务协议应当包括：服务人群、服务范围、服务内容、服务质量、费用结算、审核与控制、违约责任、争议处理、服务协议解除或终止条件等内容。

（二）服务协议有效期原则上为 1 年，工伤保险辅助器具配置机构应当在协议期满前 1 个月内申请续签。符合条件的，市社会保险服务中心与其续签协议。

（三）工伤保险辅助器具配置机构应当按照服务协议为工伤职工提供符合国家标准或者行业标准的辅助器具，严格执行工伤保险辅助器具配置政策标准，建立健全财务、内部管理制度以及

各类台账，实现与社会保险经办工伤费用的网上结算，做好工伤保险政策法规的宣传，为工伤职工提供优质服务。

（四）工伤保险辅助器具配置机构的名称、地址、服务条件、服务内容等必要情况发生变化的，应当在 15 日内书面报告市社会保险服务中心，并按规定办理变更、续签等手续。

### 三、规范工伤保险辅助器具配置机构监督管理

（一）市人力资源社会保障行政部门对工伤保险辅助器具配置机构执行工伤保险政策法规、履行服务协议及制度落实等情况进行监督检查，对违反有关规定的，依法作出处理。

（二）市社会保险服务中心建立辅助器具配置工作回访制度，对辅助器具装配的质量和服务进行跟踪检查，并将检查结果作为基金拨付、协议续签的重要参考条件。

（三）工伤保险辅助器具配置机构服务条件、服务内容等必要情况发生变化，未按本通知规定时间办理变更、续签手续或无正当理由连续 3 个月未开展工伤保险业务的，协议暂停。需再承担辅助器具配置业务的，应重新提交评估申请。

（四）工伤保险辅助器具配置机构不按照服务协议提供服务、弄虚作假或被相关部门取消执业资格的，市社会保险服务中心可以暂停或解除与其签订的服务协议。

本通知自下发之日起执行。2021 年工伤保险辅助器具配置协议管理机构申请截至 2021 年 1 月 31 日。

附件：枣庄市工伤保险辅助器具配置协议管理机构评估申请表



附件

## 枣庄市工伤保险辅助器具配置协议管理机构评估申请表

申请时间： 年 月 日

辅助器具配置机构名称（章）：		辅助器具配置机构地址：	
假肢和矫形器（辅助器具）生产装配企业资格认证书登记号：			
假肢和矫形器（辅助器具）生产装配企业资格认证书有效期： 自 年 月 日 至 年 月 日			
业务用房建筑面积： m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> 产权 <input type="checkbox"/> 租赁		房屋租赁合同有效期： 自 年 月 日 至 年 月 日	
营业执照名称：		营业期限： 年 月 日 至 年 月 日	
统一社会信用代码（或注册号）：		服务场所情况：	
		信息系统建设况：	
法定代表人：	联系电话：	人员配置情况：	专职技师： 人；训练人员： 人； 管理人员： 人
机构联系人：	联系电话：		其它人员： 人；财务人员： 人
申请单位经办人签字： 联系电话：		社保经办机构业务章：	社保经办机构工作人员签字：
年 月 日		年 月 日	年 月 日

此表一式两份，申请单位和社保经办机构各存一份。

