

广州市越秀区教育局文件

越教字〔2021〕76号

越秀区教育局关于印发《越秀区基础教育阶段特殊学生营养午餐补贴的实施意见》的通知

区辖各中小学、幼儿园：

为贯彻落实党的十九大关于办好特殊教育的精神，加大特殊教育普惠力度，根据国家、省、市第二期特殊教育提升计划要求，经与区财政局沟通，我局制定了《越秀区基础教育阶段特殊学生营养午餐补贴的实施意见》，现印发给你们，请遵照执行。《越秀区基础教育阶段特殊学生营养午餐补贴的实施意见》（越教字〔2021〕72号）即行废止。



（综合教育科联系人：许晶云，电话：33972181；中学和
职业教育科联系人：林韦因，电话：87672156；小幼教育科联
系人：邹森桦，电话：87783360）

越秀区基础教育阶段特殊学生营养午餐 补贴的实施意见

为贯彻落实《教育部等七部门关于印发〈第二期特殊教育提升计划（2017—2020年）〉的通知》（教基〔2017〕6号）、《广东省第二期特殊教育提升计划（2017—2020年）》（粤教基〔2018〕3号）、《广州市第二期特殊教育提升计划（2018—2020年）》等文件要求，根据《广州市基础教育阶段特殊学生营养午餐补贴的实施意见》文件精神，现制定《越秀区基础教育阶段特殊学生营养午餐补贴的实施意见》。具体如下：

一、适用对象

（一）广州市户籍，区教育行政部门审批设立的普通幼儿园就读并持有《残疾人证》的适龄残疾儿童。

（二）广州市户籍，在本区各类普通义务教育学校、普通高中、中等职业学校就读并持《残疾人证》的适龄残疾学生。

（三）广州市户籍，在本区幼儿园、义务教育学校、普通高中、中等职业学校接受送教上门并持《残疾人证》的适龄残疾学生。

二、补贴项目和标准

对符合申报条件的特殊学生，按照每个学年9个月、每个月22天，每人每天补助标准为8元。

三、认定程序和时间要求

(一)基础教育阶段在校持证特殊学生须在每年的9月30日前向学籍所在学校提出申请,填写《越秀区基础教育阶段特殊学生营养午餐补贴申请表》(附件1)并提供《残疾人证》复印件。

(二)有关学校要根据本实施意见,按照公开、公平、公正的原则,对学生提交的相关材料进行审核汇总,11月30日前将《越秀区基础教育阶段特殊学生营养午餐补贴情况汇总表》

(附件2)报区教育局备案,纸质盖章版(一式三份)报送至区教育局综合教育科(吉祥路32号),电子版报送至电子邮箱:zhjyk2016@126.com。

四、资助资金发放

区教育局根据各校报送名单向学校下达资助资金,各学校应于每年5月31日前对符合条件的特殊学生发放营养午餐补贴,并做好签收。

五、资金来源

营养午餐补贴经费按照财权和事权划分原则,由学校同级财政予以保障。

六、工作要求

(一)各有关学校要做好相关预算编审和资金拨付工作,要把对特殊学生发放营养午餐补贴作为一项重要的工作任务,实行校长负责制,确定专职人员具体负责此项工作;要建立专门档案,将学生提供的有关证明材料、学校填写的汇总表等有

关凭证和工作情况分年度建档备查。要切实加强经费管理，专款专用，坚决杜绝各种形式的克扣、截留、挤占和挪用。

（二）各有关学校要切实加强学生学籍管理，确保享受营养午餐补贴政策的学生信息真实、可靠，坚决杜绝多报、虚报和重报学生人数。禁止不按规定、不及时注销流失的免费对象学籍，套取国家财政资金。

（三）各有关学校要开展多种形式宣传，使广大学生知晓这项惠民政策，营造良好社会氛围。各有关学校要认真做好相关政策的公示工作。

（四）越秀区教育局与财政、审计、监察等有关部门将营养午餐补贴经费管理使用情况列入重点监督检查范围，加强政策落实情况的监督检查，对虚报学生人数，骗取财政补贴资金或挤占、挪用、截留营养午餐补贴资金等违规行为，一经查实，除收回财政补贴资金外，按照《财政违法行为处罚处分条例》等有关规定严肃处理，并依规依纪追究相关责任人的责任。

（五）特殊学生营养午餐补助和政府同等或类似的补助（如部分区的义务教育阶段特困生、低保生免费午餐、民政系统孤儿基本生活费和事实无人抚养儿童基本生活补贴）不能重复领取。

本实施意见自印发之日起实施。《越秀区基础教育阶段特殊学生营养午餐补贴的实施意见》（越教字〔2021〕72号）即行废止。

- 附件: 1.越秀区基础教育阶段特殊学生营养午餐补贴申请表
2.越秀区基础教育阶段特殊学生营养午餐补贴情况汇总表

附件 1:

越秀区基础教育阶段特殊学生 营养午餐补贴申请表

基本 信息	姓名		性别		民族		出生年月	
	身份证号				学籍号			
	残疾类别	☐ 视力残疾 ☐ 听力残疾 ☐ 言语残疾 ☐ 智力残疾 ☐ 精神残疾 ☐ 肢体残疾 ☐ 多重残疾						
	残疾等级	☐ 一级 ☐ 二级 ☐ 三级 ☐ 四级						
	安置方式	☐ 特殊教育 ☐ 特教班 ☐ 随班就读 ☐ 送教上门						
	残疾人证号				发证单位			
家庭 信息	父、母（其他 监护人）姓名				联系方式			
	现住地址							
信息 确认	本人保证所填资料真实，并同意有关部门对所填资料进行查询、核对。 签名：				本人是_____同学的（ ☐ 父亲 ☐ 母亲 ☐ 监护人），该同学所填资料真实，同意有关部门对所填资料进行查询、核对。 签名：			
	年 月 日				年 月 日			
资料 审核	☐ 情况属实 ☐ 情况不属实 ☐ 其他（补充相关内容） ☐ 资料齐全 ☐ 资料不全 ☐ 其他（补充相关内容）							
	经办人签名：				学校盖章：			
				年 月 日				

附件 2:

越秀区基础教育阶段特殊学生 营养午餐补贴情况汇总表

学校（公章）：

学年：

序号	姓名	残疾人证号	开户银行	开户名	银行账号	监护人联系电话
			合计：	万元		

单位负责人：

填表人：

填表日期：

年 月 日

备注：1.每月按 22 天计算，每学年按 9 个月计算。

2.若停学或中途退学，则扣除相应天数的免费午餐经费。

公开方式：主动公开

越秀区教育局办公室

2021 年 11 月 25 日印发
