



精神残疾人自助互助康复服务项目协议书



陇县残疾人联合会
陇县城关镇卫生院 (陇县精神病医院) 印刷

精神残疾人自助互助康复服务项目协议书

甲方（县残联）：

单位名称：陇县残疾人联合会

法定代表人：杨志军

地址：陇县东大街 75 号

联系电话：09174600838

乙方（医院）：

单位名称：陇县城关镇卫生院（陇县精神病医院）

法定代表人：李攀儒

地址：陇县城关镇陇马路 25 号

联系电话：0917-4501420

鉴于乙方在精神残疾康复领域具备专业的医疗技术、设施及人员等资源，甲方作为负责残疾人事业的组织，有推动精神残疾患者康复服务的职责和需求。为切实开展精神残疾自助互助康复服务项目，促进精神残疾人员的康复和融入社会，经甲乙双方友好协商，达成如下协议：

一、项目目标

通过开展精神残疾人自助互助康复服务，帮助精神残疾患者改善精神状况，提高生活自理能力、社会适应能力，增强其自我康复意识和信心，促进其更好地回归家庭和社会。

二、服务内容

1、评估与诊断：乙方组织专业医护人员对筛选符合条件的

精神残疾患者进行全面的精神状态评估和诊断，制定个性化的康复方案。

2、康复治疗：根据患者的具体情况，为其提供物理治疗、心理治疗（如认知行为疗法、心理咨询等）等康复服务。

3、自助互助活动组织：乙方定期组织精神残疾患者开展自助互助小组活动，引导患者之间分享康复经验、互相支持和鼓励，培养患者的社交技能和自我管理能力。

4、康复培训：为精神残疾患者及其家属提供康复知识培训，包括精神疾病的预防、治疗、护理及康复训练方法等方面的知识。

5、跟踪随访：乙方对接受康复服务的精神残疾患者进行定期跟踪随访，了解患者的康复进展，及时调整康复方案。

三、服务期限

本协议自签订之日起生效，至2025年10月31日终止。

四、双方权利与义务

甲方权利

1、有权对乙方的康复服务质量进行监督和评估，提出意见和建议。

2、有权要求乙方对不符合协议要求服务进行整改。

3、有权了解康复服务项目的实施情况和经费使用情况。

4、项目实施过程中出现的医疗意外由乙方全权负责，甲方不承担任何责任。

甲方义务

- 1、审核乙方筛选符合条件的精神残疾患者名单。
- 2、协助乙方开展康复服务项目的宣传和推广工作，提高精神残疾患者及其家属对项目的知晓度和参与度。
- 3、按照协议约定向乙方支付项目服务费（3万元）和基地费（最高2万元）。

乙方权利

- 1、有权要求甲方按照协议及项目实施方案支付精神残疾人自助互助康复服务项目费用，包括项目服务费和基地费。
- 2、有权根据患者的实际情况和康复需求，合理调整康复服务方案。

乙方义务

- 1、筛选符合条件的精神残疾患者参与康复服务项目，并提供患者的基本信息和相关资料。
- 2、按照国家相关法律法规、医疗规范和协议约定，为精神残疾患者提供优质、专业的康复服务。
- 3、保护患者的隐私和个人信息，未经患者及其监护人同意，不得向任何第三方泄露。
- 4、定期向甲方报告康复服务的进展情况和效果，接受甲方的监督和检查。
- 5、建立完善的康复服务档案，记录患者的基本信息、评估结果、康复过程和治疗效果等。

五、项目支付方式

- 1、本项目费用总计5万元，在项目实施前由甲方拨付给乙

方基地费 2 万元，用于场地建设、师资培训、活动补贴等；甲方拨付给乙方 50%的康复服务费（1.5 万元），康复项目结束后按照乙方实际提供的服务质量一次性付清剩余 50%服务费用。

六、违约责任

1、若乙方未按照协议约定提供康复服务或服务质量不符合要求，甲方有权要求乙方限期整改；若乙方在规定的期限内未完成整改，甲方有权扣除相应的服务费用，情节严重的，甲方有权解除本协议，并要求乙方承担由此给甲方造成的损失。

2、若甲方未按照协议约定支付服务费用，乙方有权暂停服务。

七、保密条款

甲乙双方应对在履行本协议过程中知悉的对方商业秘密、患者隐私及其他未公开信息予以保密，未经对方书面同意，不得向任何第三方披露。

八、协议变更与解除

经甲乙双方协商一致，可以书面形式变更或解除本协议。

因不可抗力或政策变化等原因，导致本协议无法履行或部分无法履行的，双方互不承担违约责任，但应及时通知对方并提供相关证明文件。

九、争议解决

如双方在本协议履行过程中发生争议，应首先通过友好协商

解决；协商不成的，任何一方均有权向有管辖权的人民法院提起诉讼。

十、其他事项

本协议未尽事宜，由甲乙双方另行协商并签订补充协议，补充协议与本协议具有同等法律效力。

本协议一式两份，甲乙双方各执一份，具有同等法律效力。

甲方（盖章）：

乙方（盖章）：

法定代表人（签字）：杨志军

法定代表人（签字）：

签订日期：2025年4月18日

签订日期：2025年4月18日

