中山市残疾人联合会

关于开展中山市残疾人基本辅具服务

定点机构认定工作的通告

根据《中山市残疾人康复服务定点机构管理办法》（以下简称《管理办法》）以及《中山市残疾人基本型辅助器具适配补贴实施细则》（以下简称《实施细则》），中山市残联拟开展我市残疾人基本辅具服务定点机构认定工作。现就相关工作内容通知如下：

1. 认定方式

采取直接委托方式认定，包括机构资料核实及现场评审。

1. 准入标准

（一）此次申报的辅具服务定点机构需符合《管理办法》中下列相对应的准入标准：

1.广东省残疾人基本辅具服务定点机构准入标准。

2.广东省残疾人康复服务定点评估机构准入标准。

（二）依据《管理办法》第十一条，经省级认定的辅具服务定点机构可以直接认定为我市的定点机构，只需要提出申请而无须再经重新认定流程。

1. 申报要求

申报机构需同时具备提供三类（视力、听力、肢体）残疾类别的辅具产品及配套适配服务能力，可为我市残疾人提供包含《实施细则》中的残疾人基本型辅助器具适配补贴目录的全部辅助器具的采购、咨询、评估、定制、适配、配送、维护维修等服务。

1. 申报时间

（一）提出申请

2022年7月18日—7月22日，有申报意向的辅具适配服务机构，符合上述条件以及《管理办法》第六条规定的，可向市残联康复部提交申报资料，如逾期未提交资料则视为放弃此次申报资格。

（二）资料核实

2022年7月25日—7月29日，市残联康复部工作人员对报名机构提交的初始资料进行初步审核，确定进入复审的机构名单。

（三）现场评审

2022年8月1日—8月10日，由市残联组织省残联、市民政局相关专家组成评审专家团队，对报名机构进行现场评审，并确定最终审核意见。

1. 申报资料

各申报机构需准备纸质资料一份，提交或邮寄至中山市石岐区河泊大街三巷1号康复部，同时扫描电子版，发送至市残联康复部邮箱zsclkfb@163.com。具体资料目录如下：

（一）定点机构申请审批表

分为“定点康复机构”和“定点评估机构”两类审批表，分别见附件1、附件2，我市辅具服务定点机构需同时申请评估与康复两项资格。（经省级认定的辅具服务定点机构仅需提供此项资料）

（二）机构证照资料

包括组织机构代码证、法人登记证书或营业执照复印件；消防安全检查合格证明材料等复印件。

（三）机构康复业务资料

1.总体介绍：包含业务场地、内设部门、服务范围、服务规模、服务项目、服务特色、服务质量等相关内容。

2.专业技术人员花名册、劳动合同、社保记录及职业资格证复印件。

3.可适配辅具的价目列表，同种辅具产品应提供两种或两种以上的不同品牌或不同型号或不同价格的产品。

（四）近三年经营活动中无重大违法记录声明。

咨询电话：市残联康复部0760-88830217。

中山市残疾人联合会

2022年7月11日

附件1

**中山市残疾人康复服务定点康复机构申请审批表**

（ 类别 ）

|  |  |
| --- | --- |
| 机构名称 |  |
| 机构地址 |  | 邮政编码 |  |
| 机构代码（机构登记证号码） |  | 主管部门（审批机关） |  |
| 机构性质 | 🞎公办（🞎残联 🞎卫生 🞎教育 🞎民政 🞎其他 ）🞎非公办（🞎民办公助 🞎民办非企业类 🞎社会组织 🞎民办 🞎工商类 🞎其他 ） |
| 机构资质 | 🞎医疗 🞎教育 🞎其他 | 许可证号 |  |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  |
| 成立时间 |  | 员工数 |  |
| 服务场地面积 |  | 年服务人数 |  |
| 基本情况 | 总人数 | 中级以上职称 | 初级职称 | 其他 |
| 技术人员构成 | 医 生 |  |  |  |  |
| 护 士 |  |  |  |  |
| 医技人员 |  |  |  |  |
| 康复治疗师 |  |  |  |  |
| 康复工程师 |  |  |  |  |
| 康复教师 |  |  |  |  |
| 管理人员 |  |  |  |  |
| 社 工 |  |  |  |  |
| 其 他 |  |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |  |
| 已开展的康复服务项目 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请服务项目 | 视力残疾 | 0-6岁儿童 | 🞎康复医疗🞎康复训练🞎辅助器具🞎支持性服务 |
| 7岁以上儿童及成人 | 🞎康复医疗🞎康复训练🞎辅助器具适配🞎支持性服务 |
| 听力言语残疾 | 0-6岁儿童 | 🞎康复医疗🞎康复训练🞎辅助器具🞎支持性服务 |
| 7岁以上及儿童及成人 | 🞎康复医疗🞎辅助器具适配🞎支持性服务 |
| 肢体残疾（脑瘫） | 0-6岁儿童 | 🞎康复医疗🞎康复训练🞎辅助器具🞎支持性服务 |
| 7岁以上儿童及成人 | 🞎康复医疗🞎康复训练🞎辅助器具🞎支持性服务 |
| 智力残疾 | 0-6岁儿童 | 🞎康复医疗🞎康复训练🞎支持性服务 |
| 7岁以上儿童及成人 | 🞎康复医疗🞎康复训练🞎支持性服务 |
| 精神残疾 | 0-6岁孤独症儿童 | 🞎康复医疗🞎康复训练🞎支持性服务 |
| 7岁以上孤独症儿童及成人 | 🞎康复医疗🞎康复训练🞎支持性服务 |
| 专家组意见（是否符合准入标准） |  |
| 主管部门意见 | 负责人签字： （盖章） 年 月 日 |
| 本级残联意见 |  负责人签字： （盖章） 年 月 日 |

说明：1.标题中类别是指：“医疗康复”、“基本辅具服务”、“社区康复服务”、“残疾儿童康复“四大类”；2.“专家组意见”栏由当地残联组织专家评审后填写；3.“主管部门意见”栏：没有主管部门的机构不需要填写。

附件2

**中山市残疾人康复服务定点评估机构申请审批表**

|  |  |
| --- | --- |
| 机构名称 |  |
| 机构地址 |  | 邮政编码 |  |
| 机构代码（机构登记证号码） |  | 主管部门（审批机关） |  |
| 机构性质 | 🞎公办（🞎残联 🞎卫生 🞎教育 🞎民政 🞎其他 ）🞎非公办（🞎民办公助 🞎民办非企业类 🞎社会组织 🞎民办🞎工商类 🞎其他 ） |
| 机构资质 | 🞎医疗 🞎 教育 🞎其他 | 许可证号 |  |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  |
| 成立时间 |  | 评估人员数 |  |
| 服务场地面积 |  | 年服务人数 |  |
| 基本情况 | 从事评估人员类别（人） | 评估上岗资格（人） | 初级以上职称数 | 其他 |
| 评估人员构成 | 医 生 |  |  |  |  |
| 医技人员 |  |  |  |  |
| 康复治疗师 |  |  |  |  |
| 康复工程师 |  |  |  |  |
| 康复（特、幼）教师 |  |  |  |  |
| 心理学专业 |  |  |  |  |
| 社 工 |  |  |  |  |
| 其 他 |  |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |  |
| 已开展的评估项目 |  |
| 申请评估项目 | 🞎听障康复评估 🞎肢体（脑瘫）康复评估 🞎智障康复评估 🞎精神障碍（含孤独症）康复评估 🞎视障康复评估 |
| 专家组意见（是否符合准入标准） |  |
| 主管部门意见 | 负责人签字： （盖章） 年 月 日 |
| 本级残联意见 | 负责人签字： （盖章） 年 月 日 |

说明：1.“专家组意见”栏由当地残联组织专家评审后填写；

2.“主管部门意见”栏：没有主管部门的机构不需要填写。