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  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。