附件4

中山市残疾儿童异地康复认定表

（ 年度）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 身份证号 | |  |
| 残疾人证号 |  | | | | 联系电话 | |  |
| 监护人 |  | 关系 |  | | 身份证号 | |  |
| 残疾类别 | 视力🞎 听力🞎 言语🞎 肢体🞎 智力🞎 精神🞎（多重残疾可多选） | | | | | | |
| 残疾等级 | 一级🞎 二级🞎 三级🞎 四级🞎 | | | | | | |
| 户籍地址 |  | | | | | | |
| 现居住地 |  | | | | | | |
| 康复机构名称 |  | | | | | | |
| 康复机构地址 |  | | | | | | |
| 法定代表人 |  | 联系人 | |  | | 联系电话 |  |
| 机构康复项目 | 视力康复□ 听力言语康复□ 肢体康复□ 智力康复□ 孤独症康复□ | | | | | | |
| 异地康复  机构意见 | 康复需求评估意见：  视力：定向行走及适应训练□ 视功能训练□  听力与言语：听觉言语功能训练□  肢体：运动及适应训练□  智力：认知及适应训练□  孤独症：沟通及适应训练□  同意申请人在本机构进行康复训练服务。  审核人：  （公 章）  年 月 日 | | | | | | |
| 机构所在地  县级以上残联  审核意见 | 当地最高救助标准：全日制 元/人/月，非全日制 元/人/月。  该机构是否定点康复机构：□是 □否  康复项目是否与该机构服务资质一致：🞎是 🞎否  该机构服务资质期限为： 年 月 日至 年 月 日。  审核人：  （公 章）  年 月 日 | | | | | | |

**填表说明：**

1. 此表为申请异地康复使用，非持证残疾儿童可不填写残疾人证号。
2. 由异地康复机构填写并经机构所在地县级以上残联确认，申请人交回户籍地残联备案。