附件

长子县残疾人基本型辅助器具适配

定点服务机构申请审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报机构名称 | |  | | | | | | |
| 机构地址 | |  | | | | | | |
| 统一社会信用代码 | |  | | | | 业务主管部门 | |  |
| 机构性质 | | □公 办（□残联 □卫生 □民政 □其他）  □非公办（□民办公助 □民办非企 □工商类 □社会组织 □其他） | | | | 法定代表人 | |  |
| 机构负责人 | |  |
| 联系电话 | |  | | | | 申报时间 | |  |
| 机构资质（许可） | | □医疗康复 □其他（□非营利性 □营利性） | | | | | | |
| 机构资质（许可）证号 | |  | | | | | | |
| 成立时间 | |  | | | | 员工数量 | |  |
| 机构申报  辅助器具  适配种类 | 类型 | □视力 | □听力 | □肢体（脑瘫） | | | | □智力和精神 |
| 内容 | □导向辅助器具  □绘画和书写辅助器具  □助视器  □计算机和终端设备 | □助听器  □人工耳蜗 | □运动、肌力和平衡训练设备  □保护组织完整性辅助器具  □如厕辅助器具  □手动轮椅车  □单臂操作助行器  □双臂操作助行器  □食饮辅助器具 | | □床用桌  □床  □坐具  □脊柱和颅骨矫形器  □上肢矫形器  □下肢矫形器  □下肢假肢  □矫形鞋 | | □定位装置 |
| 服务场地面积 | |  | | | 业务场地面积 |  | | |
| 基本情况 | | 职业资格 | | | | 文化程度 | | |
| 姓名 | 资格名称 | 资格等级 | | 本科及  以上 | 大专 | 中专及其他 |
| 专业技术人员构成（指国家职业资格和行业管理部门技能资格，职业资格名称填写：眼科医师、耳鼻喉科医师、康复医师、康复治疗师、假肢师、假肢制作师、假肢装配工、矫形器师、矫形器制作师、矫形器装配工、验光员（师）、视光师、助听器验配师等） | |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
| 申请承诺 | | 我承诺：  1.提供的申报材料真实有效，符合消防、安全、卫生管理、无障碍等国家强制性标准，有健全的内部管理制度。  2.此申报系自愿申报。  3.遵守国家法律法规，严格执行协议管理的内容和要求。  4.愿意独立承担辅助器具适配过程中的法律责任。  5.自愿接受残联组织及教育、民政、卫健、市场监管等部门监督。  6.诚实守信，收费公开公平，严格执行国家或相关行业标准，切实维护残疾人群体权益。  法人代表签字：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | |
| 专家组评审情况 | | 评审意见：  评审组成员签名：  年 月 日 | | | | | | |
| 残联审核意见 | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | |

注：此表一式三份（定点服务机构、审核残联、上级残联各执一份），法人代表在申请承诺处签字。经残联组织专家组评估后，残联需提出确认意见并盖章，报送上级残联备案。专业技术人员可附表。