**佛山市残疾儿童异地康复服务机构认定表**

（ 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）未办证🞎 | | | | | | |
| 残疾等级 | 一级🞎 二级🞎 三级🞎 四级🞎 未定级🞎 | | | | | | |
| 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 | 视力残疾康复□ 听力言语残疾康复□ 肢体残疾（脑瘫）康复□  智力残疾康复□ 孤独症康复□ | | | | | | |
| 康复方式 | 全日制康复□ 非全日制康复□ | | | | | | |
| 异地康复  机构意见 | 康复需求评估意见：  视力：低视力康复训练□  听力与言语：听觉言语残疾康复训练□  肢体：肢体（脑瘫）残疾康复训练□  智力：智力残疾康复训练□  孤独症：孤独症康复训练□  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  地级市残联  审核意见 | 申请人的康复项目： ，  补助标准：（全日制□/非全日制□） 元/人/月。（如补贴方式按年度计算，请填写月平均补助标准）  该机构是否为定点康复机构：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：  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的地级市残联确认，申请人交回户籍地残联备案。