附件2

丹东市残疾儿童康复救助定点服务机构准入申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 机构地址 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 机构代码 | |  | | | | | 主管单位 | | | |  | | | | |
| 机构性质 | | □公办（□教育 □民政 □卫生 □残联 □其他 ）  □非公办（□社会组织 □企业法人 □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 | | | |  | | | | |
| 机构负责人 | |  | | | | |  | | | | |
| 服务场地面积 | |  | | | | | 年收训人数 | | | |  | | | | |
| 员工数 | |  | | | | | 成立时间 | | | |  | | | | |
| 基本情况 | | 总人数 | | 中级以  上职称 | | 初级  职称 | | | 本科及  以上 | | | | 大专 | | 中专及  其他 |
| 人员构成 | 康复教师 |  | |  | |  | | |  | | | |  | |  |
| 医 生 |  | |  | |  | | |  | | | |  | |  |
| 康复治疗师 |  | |  | |  | | |  | | | |  | |  |
| 管理人员 |  | |  | |  | | |  | | | |  | |  |
| 其 他 |  | |  | |  | | |  | | | |  | |  |
| 合 计 |  | |  | |  | | |  | | | |  | |  |
| 已开展的康复服  务项目 | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| 申请服务内容 | | 视力□ | 听力□ | | 言语□ | | | 肢体□ | | | | 智力□ | | 孤独症□ | |
| 康复训练设备 | |  | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申请承诺 | 我承诺：   1. 提供的申报材料真实有效 2. 此申报系自愿申请 3. 自愿签订服务管理协议 4. 严格执行残疾儿童康复服务有关制度规范 5. 愿意独立承担所有法律责任   承诺人（法人）： 申请机构（盖章） | |
| 主管单位意见 | 主管单位（盖章） 年 月 日 | |
|  | 经评审组评审，该机构综合得分 ，□符合□不符合《丹东市残疾儿童康复救助定点服务机构准入评估标准》相关要求，建议认定为 、 、 、 、 残疾儿童康复救助定点服务机构。  评审组成员签名： | |
|  |
| 评审组 |
| 意见 |
|  |
| 市及县（市）区）残联意见 |  | （盖章）  年 月 日 |