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 |