九台区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  适配服务类别 | 类型 | □视力 | □听力 | □肢体 | | | □智力和精神 |
| 内容 | □测量判断残疾人功能状况   * 制定辅助器具适配方案 * 指导辅助器具使用 * 计算机和终端设备 | □助听器调试维修  □助听器使用指导 | □运动、肌力等功能评估  □辅助器具维修调试  □辅助器具使用指导  □适应性训练  □辅具使用跟踪回访  □上肢矫形器  □下肢矫形器  □假肢适配口矫形鞋 | | | □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：  (公章)  年 月 日 |
| 评审情况 | 评审意见：  评审组成员签名：  年 月 日 |
| 残联审核意见 | (公章)  年 月 日 |

注：此表一式二份(定点服务机构、审核残联各执一份),法人代表在申请承诺处签字。经残联组织评审组评估后，残联需提出确认意见并盖章。