附件1

**山西省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  口人工耳帳 | □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 | □床用真  □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 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：  (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。