附件2

西咸新区残疾人康复需求和康复服务情况汇总表

（20 ）年第 季度

   新城

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号  （必填） | 残疾人  证号 | 法定监护人  姓名 | 家庭住址 | 所属  镇（街） | 联系电话 | 康复服务  时间 | 康复服务情况 | |
| 得到康复  服务项目 | 康复服务  机构名称 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填

填表人： 填表日期：

注：此表一式两份，定期填写后一份上报至新区人社民政局，一份由新城人社民政局（民政局）留存。