附件1

西咸新区残疾人基本康复服务申请审批表

项目名称: （20 年度）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号 |  | | 残疾人证号  （持证必填） | |  | | |
| 监护人姓名 |  | | 与被监护人  关系 | |  | | |
| 家庭住址 |  | | 邮政编码 | |  | 联系电话 |  |
| 监护人住址 | □同家庭地址 □其他: | | | | | 联系电话 |  |
| 家庭经济状况 | □享受最低生活保障 □低收入生活保障 □建档立卡贫困户 □其他 | | | | | | |
| 享受医疗  保险情况 | □享受城镇职工基本医疗保险 □享受城乡居民基本医疗保险  □享受医疗救助 □享受其他保险 □无医疗保险 | | | | | | |
| 残疾类别  和程度 | □视力残疾：残疾程度：○一级 ○二级 ○三级 ○四级  □听力残疾：残疾程度：○一级 ○二级 ○三级 ○四级  □言语残疾：残疾程度：○一级 ○二级 ○三级 ○四级  □智力残疾：残疾程度：○一级 ○二级 ○三级 ○四级  □精神（孤独症）残疾程度：○一级 ○二级 ○三级 ○四级  □肢体残疾：残疾部位：○左小腿○右小腿○左大腿○右大腿  ○左上臂○右上臂○左前臂○右前臂 ○其他  致残因素：○截瘫 ○渐冻症○脑瘫 ○截肢/缺肢 ○其他  残疾程度：○一级 ○二级 ○三级 ○四级  □多重残疾：残疾程度：○一级 ○二级 ○三级 ○四级 | | | | | | |
| 康复需求项目 | （附评估机构出具的“康复需求评估诊断意见”） | | | | | | |
| 残疾人或  监护人申请 | 本人（或我的被监护人） 基本情况如上。希望获得西咸新区残疾人基本康  复服务，具体申请康复服务 项目。  特此申请  申请人（或监护人）：  年 月 日 | | | | | | |
| 服务机构 | 本人（或我的被监护人）自愿选择定点康复服务机构中的  机构实施康复服务。  申请人（或监护人）：  年 月 日 | | | | | | |
| 新城人社民政局（民政局）  审批意见 | 受理人： 审核人：  （公章）  年 月 日 | | | | | | |

填表说明：

1.此表一式两份，一份由受助对象交康复机构，一份由新城人社民政局（民政局）留存；

2.“康复需求项目”栏依据评估机构出具的“康复需求评估诊断意见”填写。评估机构出具的“康复需求评估意见”须加盖评估机构公章。