

附件

绵阳市各县市区、高新区、科学城、各园区社 发局残疾儿童康复救助申请审核表

(样表)

(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)				
残疾类别	视力 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 言语 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 智力 <input type="checkbox"/> 孤独症 <input type="checkbox"/> (多重残疾可多选)						
残疾等级	一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 未定级 <input type="checkbox"/>						
家庭住址			监护人姓名			联系电话	
家庭经济状况	<input type="checkbox"/> 城乡最低生活保障		<input type="checkbox"/> 建档立卡贫困户		<input type="checkbox"/> 残疾孤儿		
	<input type="checkbox"/> 儿童福利机构收留抚养		<input type="checkbox"/> 其他经济困难家庭				
	<input type="checkbox"/> 纳入特困人员供养						
享受医疗保险等情况	<input type="checkbox"/> 享受城乡居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 享受医疗救助 <input type="checkbox"/> 享受大病医保 <input type="checkbox"/> 享受政府相关部门康复服务项目 <input type="checkbox"/> 无医疗保险						
康复需求评估情况	(附评估机构出具的“康复需求评估意见”)						
残疾儿童监护人申请康复定点机构和救助内容	我的被监护人基本情况如上, 希望在_____获得以下残疾儿童康复救助: <input type="checkbox"/> 机构康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具适配 <input type="checkbox"/> 手术 申请人: _____ 年 月 日						
户籍所在地各县市区、高新区、科学城残联、各园区社发局审核或同意转介意见	业务负责人:		审核人:		公 章 年 月 日		

填表说明: 1. 此申请表由残疾儿童监护人填写, 经各县市区、高新区、科学城残联、各园区社发局审核并留存。

2. “康复需求评估情况”栏依据评估机构出具的“康复需求评估意见”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。