

附件

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		<input type="checkbox"/> 公 办 (<input type="checkbox"/> 残联 <input type="checkbox"/> 卫生 <input type="checkbox"/> 民政 <input type="checkbox"/> 其他) <input type="checkbox"/> 非公办 (<input type="checkbox"/> 民办公助 <input type="checkbox"/> 民办非企 <input type="checkbox"/> 工商类 <input type="checkbox"/> 社会组织 <input type="checkbox"/> 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)		<input type="checkbox"/> 医疗康复 <input type="checkbox"/> 其他 (<input type="checkbox"/> 非营利性 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 视力	<input type="checkbox"/> 听力	<input type="checkbox"/> 肢体 (脑瘫)		<input type="checkbox"/> 智力和精神		
	内容	<input type="checkbox"/> 导向辅助器具 <input type="checkbox"/> 绘画和书写辅助器具 <input type="checkbox"/> 助视器 <input type="checkbox"/> 计算机和终端设备	<input type="checkbox"/> 助听器 <input type="checkbox"/> 人工耳蜗	<input type="checkbox"/> 运动、肌力和平衡训练设备 <input type="checkbox"/> 保护组织完整性辅助器具 <input type="checkbox"/> 如厕辅助器具 <input type="checkbox"/> 手动轮椅车 <input type="checkbox"/> 单臂操作助行器 <input type="checkbox"/> 双臂操作助行器 <input type="checkbox"/> 饮食辅助器具	<input type="checkbox"/> 床用桌 <input type="checkbox"/> 床 <input type="checkbox"/> 坐具 <input type="checkbox"/> 脊柱和颅骨矫形器 <input type="checkbox"/> 上肢矫形器 <input type="checkbox"/> 下肢矫形器 <input type="checkbox"/> 下肢假肢 <input type="checkbox"/> 矫形鞋	<input type="checkbox"/> 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)								

<p>申请承诺</p>	<p>我承诺：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>法人代表签字：</p> <p style="text-align: right;">(盖章)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
<p>专家组评审情况</p>	<p>评审意见：</p> <p>评审组成员签名：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
<p>残联审核意见</p>	<p style="text-align: right;">(盖章)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>

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。