附件1

残疾人精准康复服务手册

封面：

|  |
| --- |
| 残疾人精准康复  cdpflogo1  服  务  手  册 |

封二：

|  |
| --- |
| 小二寸彩照 |

服务手册使用说明

1．本手册由\*\*\*\*残疾人联合会统一印制，由社区康复协调员发放给残疾人。

２．本手册包括残疾人基本信息、康复需求评估与转介记录和康复服务情况记录。

3．本手册由残疾人或其亲友妥善保管，作为接受精准康复服务凭证。

4．本手册不得转借他人，遗失请及时补办。

　　　　　　　　　　　　　　　　　残疾人联合会（盖章）

第一页：

残疾人基本信息

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | |
| 民族 |  | | 电话 |  | |
| 家庭住址 | 省　　　 市 （镇、区） | | | | |
| 监护人姓名 |  | 电话 |  | 与残疾人关系 |  |
| 残疾类别 | 视力□　听力□　言语□ 肢体□　智力□　精神□  （多重残疾可多选） | | | | |
| 残疾等级 | 一级□　二级□　三级□　四级□ | | | | |
| 身份证号 |  | | | | |
| 残疾人证号  （持证必填） |  | | | | |

注：1.本页由社区康复协调员填写；

2.非持证残疾儿童可不填写残疾人证号。

第二页至第六页：

康复需求评估与转介记录

|  |
| --- |
| 康复需求：  转介意见：    评估人： 评估时间： |
| 康复需求：  转介意见：    评估人： 评估时间： |

注： 1.“康复需求”参照附表1《中山市残疾人基本康复服务目录》中的服务项目填写；

2.“转介意见”依据《中山市残疾人精准康复定点评估机构和康复机构目录》填写；

3.本页由评估机构填写。

第七页至第十六页：

康复服务情况记录

|  |
| --- |
| 服务项目：  按服务内容和标准提供服务：是□ 否□  服务机构名称： 服务人员签字：  残疾人或监护人签字： 日期： |
| 服务项目：  按服务内容和标准提供服务：是□ 否□  服务机构名称： 服务人员签字：  残疾人或监护人签字： 日期： |

注：1.“服务项目”内容参照附表1填写；

2.“按服务内容和标准提供服务”中所指服务内容和标准依据《中山市残疾人基本康

复服务目录》中的“服务内容和标准”。

3. 残疾人或监护人在其接受服务后须在相应栏签字确认。

4. 本页由康复服务机构填写。

第十七页：附表1

第十八页：附表2中山市残疾人基本康复服务目录及补贴标准