附件

中山市残疾儿童康复服务补助申请审批表

（ 年度）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号 |   |
| 残疾人证号 |  | 联系电话 |  |
| 监护人 |  | 关系 |  | 身份证号 |  |
| 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🞎  |
| 户籍地址 |  | 经济状况 | 一般🞎 低保🞎 低收入🞎 |
| 康复训练需求 | 康复训练内容：（请在对应的□内打“√”）视力：定向行走及适应训练□ 视功能训练□听力与言语：听觉言语功能训练□肢体：运动及适应训练□智力：认知及适应训练□孤独症：沟通及适应训练□康复训练形式：（请在对应的□内打“√”）全日制□每个训练日（参照公办机构要求，日间全天合理安排上下午训练）在康复机构的康复训练时间不少于5小时，每周单训不少于1小时。非全日制（请按照实际选择以下其中一项训练形式及时间，在对应的□内打“√”） □每个训练日在康复机构的康复训练时间不少于3小时，每周单训不少于1小时；□每周单训不少于3次，每次不少于1小时；□每周开展不少于3小时且康复效果与上述模式相当的集体教学。  |
| 残疾儿童监护人申请 |   申请人签名： 年 月 日 |
| 机构审核意见 |  审核人：公 章  年 月 日 | 市残联审批意见 | 审核人：公 章  年 月 日 |

　填表说明：1.此表一式叁份，由残疾儿童监护人填写，申请人、市、镇（街道）残联各执一份。

　2.附家庭户口簿或身份证、残疾人证的复印件（未办理残疾人证的0-6岁残疾儿童需提供中山市残疾儿童诊断定点医院出具的符合残疾评定标准的诊断证明书）。

　3.困难家庭需提供低保、低收入证复印件。

　4.所有复印件要加盖镇（街道）残联公章，确认复印件与原件一致。

　5.康复训练需求项目依据评估机构出具的“康复需求评估意见表”填写。

　6.在定点医疗康复服务机构门诊进行康复训练的，按照非全日制康复训练形式进行康复，享受我市社会医疗保险待遇和医疗救助后个人负担部分参照非全日制康复训练标准给予补助。