附件1

中山市残疾儿童康复救助补助申请审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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□听力□肢体□智力□精神□其他□（多重残疾可多选） |
| 残疾等级 | 一级□二级□三级□四级□ |
| 家庭住址 |  | 监护人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 家庭经济状况 | □困难残疾人（附有效的低保、低收入或特困供养证明）□非困难残疾人 |
| 康复需求项目 | 手术□辅具适配□康复训练□（附评估机构出具的“康复需求评估意见”） |
| 残疾人或监护人申请 | 意向服务机构：申请人：年 月 日 |
| 残联审批意见 | 审核人：（公 章） 年 月 日 |

**填表说明：**

1.此表由残疾人或其监护人（代理人）填写并向市残联申请，由市残联审批并留存。

2.康复需求项目依据评估机构出具的“康复需求评估意见”填写。

3.申请人填写意向服务机构。

4.本表从2022年6月1日起实施，功能性镇（街道）可参照执行。