附件1

河源市残疾人精准康复服务补助申请审批表

**（ 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□听力□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□未定级□ | | | | | | | |
| 家庭住址 |  | | 监护人姓名 | |  | | 联系电话 |  |
| 家庭经济状况 | □家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线  □家庭经济困难 | | | | | | | |
| 康复需求  项目 | （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 | 申请人：  年 月 日 | | | | | | | |
| 县（区）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填写，并向县（区）残联申请，由县（区）审批并留存。

2.“康复需求项目”栏可根据需求填写，或必要时依据评估机构出具的“河源市康复需求评估意见”填写。评估机构出具的“河源市康复需求评估意见”须加盖评估机构公章。

附件2

河源市残疾人精准康复服务卡

残疾人精准康复服务卡

姓名：

身份证号或残疾人证号：

|  |
| --- |
| 康复服务项目：  定点康复机构：  补贴方式：免费□ 定额补助□  年 月 日  \*\*县残疾人联合会（盖章） |

附件3

河源市残疾人精准康复服务需求评估意见表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | |
| 民族 |  | | 电话 |  | |
| 家庭住址 | 省（区、市）市（地、州、盟）  县（市、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□　未定级□ | | | | |
| 身份证号 |  | | | | |
| 残疾人证号（持证必填） |  | | | | |
| 康复需求项目：  转介意见：经评估，同意转介至\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (机构名称) 接受康复服务。  评估机构：（盖章）  评估人签字： 评估时间： 年 月 日 | | | | | |

注：1. 本页由评估机构填写，非持证残疾儿童可不填写残疾人证号；

2.“康复需求项目”参照《河源市市残疾人精准康复服务行动实施方案（2016-2020）》附表1《河源市残疾人基本康复服务目录及补贴标准（2016年）》中的服务项目填写；

3.“转介意见”依据本市、区（县）已认定的残疾人精准康复定点评估机构和康复机构填写。