

附件 4

# 广州市残疾人辅助器具评估适配类定点 康复机构康复服务申报认定表

（市级定点机构用表）

机构名称							
机构地址				邮政编码			
机构代码 (机构登记证号码)				主管部门 (审批机关)			
机构性质	<input type="checkbox"/> 公 办 ( <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 民政 <input type="checkbox"/> 人社 <input type="checkbox"/> 卫生 <input type="checkbox"/> 残联 <input type="checkbox"/> 其他 ) <input type="checkbox"/> 非公办 ( <input type="checkbox"/> 民办公助 <input type="checkbox"/> 民办非企业 <input type="checkbox"/> 社会组织 <input type="checkbox"/> 商事登记 ) <input type="checkbox"/> 其 他						
机构资质	<input type="checkbox"/> 医疗 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 其他			许可证号			
医疗器械经营范围				许可证号			
法定代表人			是否独立法人 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	联系电话			
机构负责人							
成立时间			职工人数		专业技术人员人数		
场地来源	<input type="checkbox"/> 自有产权 <input type="checkbox"/> 政府划拨 <input type="checkbox"/> 租赁 租期起止:			场地面积			
经营范围				年服务残疾 (残障) 人数			
基本情况	人员类别	姓名	职称	证书 编号	等级	学历	专业
专业 技术 人员 构成							
	合计						

已开展的同类服务业绩情况					
申请服务内容	假肢矫形器 <input type="checkbox"/>	肢体残疾辅助器具 <input type="checkbox"/>	助听器 <input type="checkbox"/>	低视力辅助用具 <input type="checkbox"/>	其他 <input type="checkbox"/>
服务设备					
跨区服务能力					
保修政策承诺					
场地安全	消防设备 <input type="checkbox"/>	消防安全演练 <input type="checkbox"/>	安全管理制度 <input type="checkbox"/>	安全监控设备 <input type="checkbox"/>	突发公共事件应急预案 <input type="checkbox"/>
	消防资料: 整体 <input type="checkbox"/>	资料性质: 验收 <input type="checkbox"/>	单体 <input type="checkbox"/>	备案 <input type="checkbox"/>	出具时间:
申请承诺	本机构承诺: 1.提供的申报材料真实有效; 2.此申报系自愿申请; 3.自愿签订服务管理协议; 4.严格执行协议管理办法中的内容和要求; 5.愿意独立承担所有法律责任。 承诺人(法人)签字: 申报单位 (签章): _____ 日期: _____ 年 月 日				
区残联初审意见	经现场实地评估, 该机构机构资质、场地设施、场地安全(已达到 <input type="checkbox"/> , 未达到 <input type="checkbox"/> ) 定点机构准入标准。 负责人签字: _____ (盖章) 日期: _____ 年 月 日				
专家评审意见	经集体审议, 该机构人员配置、服务能力(已达到 <input type="checkbox"/> , 未达到 <input type="checkbox"/> ) 定点机构准入标准。 专家组成员签字: _____ 日期: _____ 年 月 日				
评审委员会意见	经综合评估, 该机构(已达到 <input type="checkbox"/> , 未达到 <input type="checkbox"/> ) 定点机构准入标准。 评审委员会成员签字: _____ 日期: _____ 年 月 日				

