

附件5

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"/> | 视力残疾辅助器具 <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"/> | 出具单位： | 消防资料：单体 <input type="checkbox"/> | 资料性质：备案 <input type="checkbox"/> |
| 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 (盖章)： _____ 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 | | | | |