附件6

南沙区残疾人康复资助申请审批表

南 沙 区 街（镇） 村 （社区） 年度

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | | | | 出生年月 | | | | |  | | | | | | | | |  |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 残疾人证号  （持证必填） |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 个人相片  （0-16岁必贴） |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居住地址 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请类型 | 1. **医疗康复类** 2. 精神残疾人专科门诊治疗资助 □ 3. 重症精神残疾人住院治疗资助 □   **二、康复训练类**  （一）0-14岁肢体（含脑瘫）残疾少年儿童康复训练 □  （二）0-14岁视力残疾少年儿童康复训练 □  （三）0-14岁智力残疾少年儿童康复训练 □  （四）0-14岁听力残疾少年儿童康复训练 □  （五）0-14岁孤独症残疾少年儿童康复训练 □  **三、肢体残疾社区康复服务** □ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 康复机构名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请资助时长  （有月份要求  的填写） | 年 月至 年 月 | | | | | | | | 申请资助总额 | | | | | | 元 | | | | | | | |
| 联系人姓名 |  | | | | 联系人手机号码 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 与申请人关系 | □本人 □父子/父女 □母子/母女 □兄弟姐妹 □配偶 □（外）祖孙 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 联系人身份证号码 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代位支付申请 | 本人委托本人户籍地南沙区残疾人联合会办理本人的康复救助补贴结算手续并代位本人向服务机构支付本人应向该机构支付康复服务费用。委托期限自签订本委托书之日起至本资助年度止。  委托人（本人或其代理人）：  日 期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 申请人信用承诺 | 本人自愿作出如下郑重承诺：  一、承诺提交的申请材料和结算凭证均为真实资料，愿意对所提交资料的真实性负责。  二、承诺自觉接受有关部门对所接受服务的真实性、规范性核查。  三、承诺如有违反政策要求的行为，愿意按照相关政策接受相应处理。  承诺人（本人或其代理人）： 与康复资助申请人关系：  承诺日期： 年 月 日 |
| 村（社区）意见 | 审核人：  盖 章：  日 期： |
| 街(镇)残联  审核意见 | 审核人：  盖 章：  日 期： |
| 区残联  审批意见 | 综合意见：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  资助项目：  资助时间： 年 月至 年 月，共 个月  同意资助总额（元）：  审核人：  经办人： 盖 章：  日 期： |

注：1.本表由康复资助申请人或代理人填写。

2.区残联审批通过后，区残联和镇街残联保存申请表复印件，服务机构保存申请表原件，服务项目结束后，服务机构将服务档案交回给区残联保管。