如东县残疾儿童基本康复项目审批表

如东县 镇（区、街道）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | | 出生年月 | |  | | 照片 |
| 残疾类别 |  | | 身份证号 | | |  | | | |
| 户籍所在地 | 如东县 镇（区、街道） 村（社区） | | | | | | | | |
| 家庭住址 | 如东县 镇（区、街道） 村（社区） | | | | | | | | |
| 法定监护人 | 姓 名 | | 关系 | 单位 | | | | | | 联系电话 |
|  | |  |  | | | | | |  |
|  | |  |  | | | | | |  |
| 家庭经济  来源 | 1.工资收入□ 2.农副业收入□  3.政府救济□ 4.其他□ | | | | | | | 年人均  收入 | |  |
| 家庭类型 | 1.低保家庭□ 2.建档立卡家庭□ 3.低保边缘□  4.困境儿童□ 5.其他□ | | | | | | | | | |
| 申请理由与  康复需求 | 需求说明：  自愿选定定点康复机构：  监护人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 诊断机构 |  | | | | 诊断结果 | |  | | | |
| 承担康复训练机构名称 | | | | |  | | | | | |
| 训练计划 | 详细内容可附页 | | | | 预计康复费用 | |  | | | |
| 机构负责人 |  | | | | 联系电话 | |  | | | |
| 县残联联系人 | | | | |  | | 联系电话 | | 68121126 | |
| 县残联意见 | | 审核人： （公章）  年 月 日 | | | | | | | | |

注：1.新增残疾类别需附医疗机构诊断证明（此证明不作为办理残疾证的评残依据）；2. 家庭类型以相关部门认定为准；3.县残联联系人以上栏均由残疾儿童监护人填写。