附件1

宿迁市残疾儿童基本康复服务申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 儿童姓名 |  | 性别 |  | 出生时间 |  | 民族 |  |
| 身份证号 |  |
| 监护人姓名 |  | 与被监护人关系 |  |
| 监护人身份证号 |  |
| 户籍地址 |  |
| 常住地址 | □同上 □其他： |
| 监护人联系方式 |  |
| 申请救助儿童功能障碍基本情况（按实际情况选填） | 经 （专业医疗机构）诊断为：（□视力 □听力 □言语 □智力 □肢体）功能障碍、□孤独症谱系障碍。次要障碍为 。 |
| 经监护人申请，按照国家《残疾人残疾分类和分级》标准，评定为 残疾人，残疾等级 级。  |
| 监护人申请 | 我的被监护人 基本情况如上，确认属实。现申请以下类别康复服务：□视力康复服务 □听力康复服务 □言语康复服务 □肢体康复服务 □智力康复服务 □孤独症康复服务 康复服务形式：□全日制 □非全日制 □其他（请注明）  监护人（签名）年 月 日 |
| ※以上各栏由申请人填写。遇“□”时请选择项打“√”。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 县（区）残联审核意见 | （盖 章） 年 月 日 |
| 残疾儿童及监护人户籍证明（身份证）资料、医学诊断证明（残疾评定表、残疾人证） | 审核书证材料（复印件）粘贴处 |

※此表填写后由县（区）残联存档备查。