附件3

宿迁市残疾儿童基本康复服务登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | | | | | | |
| 受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。 | | | | | | | |
| 康复服务类别、形式、时间和救助金额 | 康复服务类别：  □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  康复训练时间： 年 月 日―― 年 月 日  康复救助金额： 元  康复机构（盖章）  年 月 日 | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 康复服务记录和有效票据  粘贴处  （可附页） |  |

※此表由残疾儿童康复服务机构填写，一式两份，一份作为康复档案台账，一份报县（区）残联经费结算用。