**附件2**

**残疾人精准康复服务手册**

**封面：**

|  |
| --- |
| 残疾人精准康复服务手册 |

**封二：**

|  |
| --- |
| 小二寸彩照 |

服务手册使用说明

1．本手册由\*\*\*\*残疾人联合会统一印制，由社区康复协调员发放给残疾人。

２．本手册包括残疾人基本信息、康复需求评估与转介记录和康复服务情况记录。

3．本手册由残疾人或其亲友妥善保管，作为接受精准康复服务凭证。

4．本手册不得转借他人，遗失请及时补办。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　残疾人联合会（盖章）

**第一页：**

残疾人基本信息

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 民族 |  | 电话 |  |
| 家庭住址 |  　　　省（区、市）　　　市（地、州、盟）　　　　县（市、区）　　　　　　　　　　　 |
| 监护人姓名 |  | 电话 |  | 与残疾人 关系 |  |
| 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□　未定级□ |
| 身份证号 |  |
| 残疾人证号（持证必填） |  |

注：1.本页由社区康复协调员填写；

 2.非持证残疾儿童可不填写残疾人证号。

**第二页至第六页：**

康复需求评估与转介记录

|  |
| --- |
| 康复需求：转介意见： 评估人： 评估时间：  |
| 康复需求：转介意见：  评估人： 评估时间：  |

注： 1.“康复需求”参照附表1《康复服务目录》中的服务项目填写；

 2.“转介意见”依据本市、区（县）《残疾人精准康复定点评估机构和康复机构目录》填写；

 3.本页由评估机构填写。

**第七页至第十六页：**

康复服务情况记录

|  |
| --- |
| 服务项目：按服务内容和标准提供服务：是□ 否□服务机构名称： 服务人员签字： 残疾人或监护人签字： 日期： |
| 服务项目：按服务内容和标准提供服务：是□ 否□服务机构名称： 服务人员签字： 残疾人或监护人签字： 日期： |

 注：1.“服务项目”内容参照附表1填写；

 2.“按服务内容和标准提供服务”中所指服务内容和标准依据本市、区（县）《残疾人基本康复服务目录》中的“服务内容和标准”。

 3. 残疾人或监护人在其接受服务后须在相应栏签字确认。

 4. 本页由康复服务机构填写。

**第十七页：附表1**

**第十八页：残疾人基本康复服务目录**

**封三：**

**封底：**

**附件3**

**残疾人精准康复服务补助申请审批表**

**（ 年度）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号 |  | 残疾人证号（持证必填） |  |
| 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□未定级□ |
| 家庭住址 |  | 监护人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 家庭经济状况 | □家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线□家庭经济困难 | 户口类别 | □农业户□非农业户 |
| 享受医疗保险情况 | □享受城镇职工基本医疗保险□享受城乡居民基本医疗保险□享受医疗救助 □享受其他保险□无医疗保险 |
| 康复需求项目 | （附评估机构出具的“康复需求评估意见”） |
| 残疾人或监护人申请 | 申请人：年 月 日 |
| 社区（村）委会意见 | 审核人：公 章年 月 日 |
| 乡镇（街道）政府意见 | 审核人：公 章年 月 日 |
| 县（市、区）残联审批意见 | 审核人：公 章年 月 日 |

**填表说明：**

1.此表由残疾人或其监护人填写，经社区康复协调员逐级审核上报至县（市、区）残联，由县（市、区）审批并留存。

2.“康复需求项目”栏依据评估机构出具的“康复需求评估意见”填写。评估机构出具的“康复需求评估意见”须加盖评估机构公章。

附件4

**残疾人精准康复服务卡**

正面：

残疾人精准康复服务卡

姓名：

身份证号或残疾人证号：

背面：

|  |
| --- |
| 康复服务项目： 定点康复机构：  补贴方式：免费□ 定额补助□\*\*残疾人联合会（盖章） |