附件1

赣州市残疾人辅助器具服务机构申请确认表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | | |
| 机构地址 |  | | |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  |
| 成立时间 |  | 机构代码 |  |
| 业务主管单位 | 卫健🞎 民政🞎 教育🞎 工商🞎 其他 | | |
| 资质情况（简单表述并附佐证材料） |  | | |
| 人员情况（简单表述并附佐证材料） |  | | |
| 场地情况（简单表述并附佐证材料） |  | | |
| 设备、管理等其他情况（简单表述并附佐证材料） |  | | |
| 机构申请 | 本机构申请注册成为 类别的辅具服务机构，在  范围内开展服务。  以上申报材料真实有效。    申请机构（盖章）：  申请日期： 年 月 日 | | |
| 县级残联  审核意见 | 材料审核结果：  现场确认结果：  单位（盖章）：  年 月 日 | | |
| 专家组评审  意见 | 签名：      年 月 日 | | |
| 市级残联  备案意见 | 单位（盖章）：  年 月 日 | | |

注：此表一式三份，市、县级残联、服务机构各一份。

附件2：

承诺提供《补贴目录》补助金额范围内的产品清单

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称（盖章）： | | | | | 适配类别 | |  | |
| 地址： 服务电话： | | | | | | | | |
| 序号 | 产品名称 | 单位 | 产品品牌 | 型号 | | 价格（元） | | 备注 |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |

注：此表一式三份，由服务机构填写，市、县级残联、服务机构各一份。

附件3：

赣州市残疾人辅助器具服务机构备案表

县（市、区）（盖章）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 机构名称 | 机构地址 | 机构负责人和联系方式 | 可以评估适配服务的辅具类别 | 备案时间 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

注：此表一式三份，由县级残联填写，市、县级残联各一份。