附件2

山东省残疾人基本型辅助器具适配申请审核表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  请  人  基  本  资  料 | 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 | |  |
| 详细地址 | 市 县（市、区） 乡镇（街道） 村（社区） | | | | | |
| 联系电话 | □本 人  □监护人 | | | 监护人姓名 | |  |
| 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 | | 残疾等级 | □一级 □二级 □三级 □四级  □未定级 | | |
| 困难残疾人  情况 | □否 □是：  □脱贫享受政策 □防返贫监测帮扶 □低保 □特困  □低保边缘家庭 □其他 | | | | | |
| 本人辅具申请意向 | | （写明残疾情况及所需辅具种类、件数） | | | | 申请人（代理人）签字 | |
|  | |
| 审核依据 | | 1.医学诊断证明或残疾人证；  2.开展辅助器具评估的，须出具评估报告。  （相关证明或报告可附后） | | | | | |
| 县（市、区）  残联审核  意见 | | 审核人： （盖 章）    年 月 日 | | | | | |