**河北省残疾人康复服务项目评估信息采集表（项目承接机构填写）**

信息采集时间： 年 月 日 填表人： 信息确认负责人：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一、康复服务机构基本信息** | | | | | | | |
| 机构名称（盖章） |  | | 机构类型 | 🞎医疗卫生计生机构 🞎康复机构 🞎教育机构 🞎辅助器具服务机构  🞎社会组织 🞎社区康复站 🞎其它： | | | |
| 统一社会信用代码 |  | | 行业许可登记证编号 |  | | 医院等级 |  |
| 法定代表人姓名 |  | 康复项目负责人 |  | 办公电话 |  | 手机号码 |  |
| 评估事宜对接人 |  | 办公电话 |  | 手机号码 |  |  |  |
| **二、康复服务项目基本信息** | | | | | | | |
| 承接项目1名称 |  | | 项目服务周期 | 共 个月（ 年 月 日- 年 月 日） | | | |
| 承接项目2名称 |  | | 项目服务周期 | 共 个月（ 年 月 日- 年 月 日） | | | |
| 承接项目3名称 |  | | 项目服务周期 | 共 个月（ 年 月 日- 年 月 日） | | | |
| 服务类别 | 🞎学前期残疾儿童康复（0-6岁） 🞎学龄期残疾人康复（7-17岁） 🞎成年残疾人康复（18岁以上） | | | | | | |
| 🞎听力语言康复 🞎智力残疾康复 🞎肢体残疾康复 🞎精神残疾康复 🞎视力残疾康复（低视力 盲人定向行走）  🞎脑瘫儿童康复 🞎孤独症儿童康复 🞎辅助器具适配 🞎其它： | | | | | | |
| 合同约定康复服务人数 |  | 各服务类别具体人数： | | | | | |
| 实际完成康复服务人数 |  | 各服务类别具体人数： | | | | | |
| 未完成康复服务人数 |  | 各服务类别具体人数：  各服务类别已服务时长： | | | | | |
| 康复服务资金总额（万元） |  | 各服务类别资金额详情： | | | | | |
| 已拨付资金总额（万元） |  | 各服务类别资金额详情： | | | | | |
| 未拨付资金总额（万元） |  | 各服务类别资金额详情： | | | | | |
| 已支付康复人员资金（万元） |  | 各服务类别资金额详情： | | | | | |
| 未支付康复人员资金（万元） |  | 各服务类别资金额详情： | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **三、参与康复服务项目人员情况** | | | | | | | | |
| **类别** | | **人数** | **人员结构** | | | | | |
| **承接项目1康复服务人员情况** | | | | | | | | |
| 康复服务工作领导小组 | |  | 组长： 副组长： 组员： | | | | | |
| 康复医技人员 | |  | 康复医师： 人 康复治疗人员： 人 康复护理人员： 人 手术医师： 人  麻醉师： 人 辅具适配技术人员： 人 其他人员： | | | | | |
| 康复训练技术人员 | |  | 职业康复人员： 人 社会康复人员： 人 心理康复人员： 人 其他人员： | | | | | |
| 教育保育人员 | |  | 特教教师： 人 保育人员： 人 其他人员： | | | | | |
| **承接项目2康复服务人员情况** | | | | | | | | |
| 康复服务工作领导小组 | |  | 组长： 副组长： 组员： | | | | | |
| 康复医技人员 | |  | 康复医师： 人 康复治疗人员： 人 康复护理人员： 人 手术医师： 人  麻醉师： 人 辅具适配技术人员： 人 其他人员： | | | | | |
| 康复训练技术人员 | |  | 职业康复人员： 人 社会康复人员： 人 心理康复人员： 人 其他人员： | | | | | |
| 教育保育人员 | |  | 特教教师： 人 保育人员： 人 其他人员： | | | | | |
| **承接项目3康复服务人员情况** | | | | | | | | |
| 康复服务工作领导小组 | |  | 组长： 副组长： 组员： | | | | | |
| 康复医技人员 | |  | 康复医师： 人 康复治疗人员： 人 康复护理人员： 人 手术医师： 人  麻醉师： 人 辅具适配技术人员： 人 其他人员： | | | | | |
| 康复训练技术人员 | |  | 职业康复人员： 人 社会康复人员： 人 心理康复人员： 人 其他人员： | | | | | |
| 教育保育人员 | |  | 特教教师： 人 保育人员： 人 其他人员： | | | | | |
| **四、康复服务场地保障情况** | | | | | | | | |
| 康复中心建筑面积 | ㎡ | | 康复床位 | 张 | 康复门诊及配套的功能科室 | | 套 | |
| 康复咨询室 | 间 ㎡ | | 康复测评室 | 间 ㎡ | 康复训练室 | 间 ㎡ | 感统训练室 | 间 ㎡ |
| 个训室 | 间 ㎡ | | 引导式教育训练室 | 间 ㎡ | 游戏活动室 | 间 ㎡ | 生活辅导室 | 间 ㎡ |
| 集体课教室 | 间 ㎡ | | 多功能教室 | 间 ㎡ | 室内活动场地 | ㎡ | 室外活动场地 | ㎡ |
| 其它功能室 | （功能室名称+间数+总面积（㎡） | | | | | | | |
| **五、康复服务设施设备保障情况** | | | | | | | | |
| **类别** | | **数量（台件）** | **主要设施设备名称** | | | | | |
| 无障碍设施 | |  |  | | | | | |
| 测评设备器具 | |  |  | | | | | |
| 基本医疗设备及诊疗器具 | |  |  | | | | | |
| 康复训练设备器具 | |  |  | | | | | |
| 康复教育设备器具 | |  |  | | | | | |
| **六、须提交资料** | | | | | | | | |
| 1.法人登记证书影印件或复印件一份 2.行业许可登记证书复印件影印件或复印件一份 3.“残疾人康复服务工作领导小组”影印件或复印件一份  4.项目合同影印件或复印件一份 5.参与康复服务项目人员相关执业（职业）资格证影印件或复印件一份 6.单项目总结影印件或复印件一份  7.康复人员花名册（按儿童实际补贴金额汇总，表中体现序号、姓名、出生年月、身份证号、家庭住址、监护人姓名、联系电话、训期、补助资金、康复类别等）  8.康复服务项目经费收支账目影印件或复印件一份  **特别提示：以上资料均需加盖机构公章** | | | | | | | | |
| **说明：1.依据承接项目实际情况填写相关信息，信息准确完整，否则可能影响评估得分 2.被评估机构对信息的真实性负责 3.此表须加盖机构公章** | | | | | | | | |