附件5

残疾儿童康复救助项目安置（转送）考核表

**六 安 市 舒 城 县(市、区)\_\_\_\_\_\_乡镇（街道）\_\_\_\_\_\_村（社区）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 儿童姓名 |  | 性别 |  | 残疾类别 |  |
| 残疾人证或身份证号 |  | 补助标准（元） |  | □全时段康复训练□预约单训 |
| 家长（监护人）姓名 |  | 身份证号 |  |
| 联系电话 |  |
| 安置申请 | 申请前（转）往**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**定点机构接受训练。申请人（监护人）签字： 年 月 日 |
| 儿童户籍地市或县级残联意见 | **同意转送安置。**签字（公章）年 月 日 |
| 计划康复起止日期 | 年 月至 年 月 |
| 实际康复训练时间 | 年 月至 年 月 | 康复效果机构自评 | □显效 □有效 □一般 |
| 机构意见 | 定点机构（签章）年 月 日 |
| 机构所在地残联考核评估意见 | 签章: 年 月 日 |