附件1

2026年武汉市残疾儿童定点康复训练

机构申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | | | |
| 申请定  点项目 | □听力言语 □肢体 □智力 □孤独症 | | | |
| 统一社会  信用代码 |  | | 法定代表人 |  |
| 机构地址 |  | | | |
| 机构性质 | □事业单位 □企业 □民非 □其他 | | | |
| 机构资质 | □医疗 □教育 | | 资质证号 |  |
| 银行开户  许可证号 |  | | | |
| 基本  条件 | □具有独立法人资格 | □机构三年内无重大违法违规事故、未受登记机关或行业主管部门行政处罚等 | | |
| 安全  保障 | □无障碍设施满足要求 □满足消防规定和要求  □所有训练场所均安装有效的监控设备 □应急预案及管理制度符合要求 | | | |
| 场地  环境 | □场地总面积≥300平米 □满足消防规定和要求  □所有训练场所均安装有效的监控设备，监控保存90天以上  □满足设备及功能用房条件 | | | |
| 收训情况 | 日收训儿童： 听力言语 名，肢体 名，智力 名，孤独症 名。  上年度享受湖北省残疾儿童康复救助制度儿童： 听力言语 名，肢体 名，  智力 名，孤独症 名。 | | | |
| 人员岗位  设置情况  （听力言语） | 管理人员 名，听力师 名，评估人员 名，  学前特殊教育教师 名，个别化康复师 名，卫生保健人员 名。 | | | |
| 人员岗位  设置情况  （肢体） | 管理人员 名，评估人员 名，  康复医师 名，康复治疗师 名，教师 名。 | | | |
| 人员岗位  设置情况  （智力） | 管理人员 名，评估人员 名，  专业技术人员 名（专业技术人员应由妇幼保健、社会工作、康复治疗、辅助技术、心理咨询、特殊教育和学前教育等相关专业人员组成）。 | | | |
| 人员岗位  设置情况  （孤独症） | 管理人员 名，评估人员 名，  专业技术人员 名（专业技术人员需符合以下情形之一：1.具有医学或护理学或康复治疗学或教育学或社会学或心理学学历背景。2.具备医师/教师/康复治疗师（士）/护师（士）/社会工作者/健康管理师资格/心理咨询师资格。3.已接受卫健（含三甲医院）/教育（含高校）/残联（含国家/各省级残联康复协会、国家/各省级残联康复技术培训基地）系统认可的孤独症残疾儿童康复教育技术培训并取得培训合格证书）。 | | | |
| 财务  管理 | □有独立的银行对公账户，单独建账，独立核算；  □专职（或兼职） 财务人员，会计出纳分设；  □有具体财务管理制度。 | | | |
| 项目  负责人 |  | | 联系电话 |  |
| 信用承诺 | 本单位郑重承诺，据实填写本表，所提供所有申报资料真实有效，如有弄虚作假，将自行承担相应责任。  机构（盖章）  年 月 日 | | | |

附件2

2026年××区残疾儿童定点康复训练

机构申请汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 机构名称 | 机构类别 | | | | 机构性质 | | | | 机构资质 | |
| 听力  言语 | 肢体 | 智力 | 孤独症 | 事业单位 | 企业 | 民非 | 其他 | 医疗 | 教育 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 区残联意见：  会同区卫健委等 家部门按照公开择优原则选择确定以上 家残疾儿童康复训练定点机构。  （盖 章）  年 月 日 | | | | | 区卫健委意见：    （盖 章）  年 月 日 | | | | | | |
| 区教育局意见：  （盖 章）  年 月 日 | | | | | 区民政局意见：    （盖 章）  年 月 日 | | | | | | |
| 区医保局意见：    （盖 章）  年 月 日 | | | | | 区市场监管局意见：    （盖 章）  年 月 日 | | | | | | |