

西安市残疾人联合会文件

市残联发〔2019〕103号

西安市残疾人联合会关于 申报残疾儿童定点康复（评估）机构的通知

各区县残联、国际港务区社会事业局、高新区社会管理局，各康复机构：

按照陕西省残联《关于印发〈陕西省残疾儿童定点康复机构准入标准与技术规范（试行）〉的通知》（陕残联发【2019】6号）要求，西安市残联决定重新确定全市残疾儿童定点康复（评估）机构。现将有关事项通知如下：

一、申报范围

政府、社会和个人举办，依法登记的为残疾儿童提供康复服务的机构，包括医疗机构、康复服务机构、辅具适配机构。

二、基本条件

基本条件见《陕西省残疾儿童定点康复机构准入标准与技术规范（试行）》。下载地址：陕西省残疾人联合会官网——康复政策。

三、定点流程

（一）机构申请。有承接服务意愿，符合《陕西省残疾儿童定点康复机构准入标准与技术规范（试行）》要求的医疗、康复、辅助器具适配机构均可向市残联提出申请。

申请需提交的材料：自查报告、相关资质复印件、申请审批表各一式两份。

（二）第三方评审。市残联委托第三方机构，对申报机构的资格进行初审。组织专家团队对符合基本条件的机构进行审核、现场核查、评审。评审结束后，向市残联提供评审结果。

（三）研究公示。市残联会同卫生健康、教育、民政等部门，根据第三方考察情况，研究确定本市残疾儿童定点康复（评估）机构，并进行公示。

（四）报送信息。市残联按要求向省残联报送残疾儿童定点康复（评估）机构名单和信息。

四、要求

(一) 第三方机构由西安市残联委托西安市社会组织服务中心担任。

(二) 申报材料于 2019 年 7 月 19 日 16 : 00 时前以书面和电子版两种方式报至第三方机构，逾期不再受理。

材料报送地址：碑林区南稍门泛漾大厦 B 座 2207

邮箱：xasshzzfwzx@163.com

(三) 第三方评审机构将于 2019 年 7 月 20 日后开始机构评审工作，具体时间另行通知。

联系人：姚豆 电话：029-85361669 手机：
15592291823

附件：1. 西安市残疾儿童定点康复机构申请审批表
2. 西安市残疾儿童康复机构申请审批表



西安市残疾人联合会

2019 年 7 月 10 日

附件 1

西安市残疾儿童定点康复机构申请审批表

机构名称			
机构地址		邮政编码	
机构代码（机构登记证号码）		主管部门 （审批机关）	
机构性质	<input type="checkbox"/> 公办（ <input type="checkbox"/> 残联 <input type="checkbox"/> 卫生 <input type="checkbox"/> 教育） <input type="checkbox"/> 非公办		
机构资质	<input type="checkbox"/> 医疗 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 其他	许可证号	
法定代表人		联系电话	
成立时间		员工数	
服务场地面积		年服务人数	
已开展的康复服务项目			
申请服务项目	<input type="checkbox"/> 肢体残疾儿童矫治手术及术后康复训练 <input type="checkbox"/> 肢体（含脑瘫）残疾儿童康复训练 <input type="checkbox"/> 智力残疾儿童康复训练 <input type="checkbox"/> 孤独症儿童康复训练 <input type="checkbox"/> 听力残疾儿童人工耳蜗植入 <input type="checkbox"/> 听力残疾儿童助听器验配 <input type="checkbox"/> 听力残疾儿童听力语言康复 <input type="checkbox"/> 视力残疾儿童辅助器具适配及训练 <input type="checkbox"/> 儿童辅助器具适配		
第三方评估机构或专家组意见			

市残联 意见	负责人签字： （盖章）年 月 日
-----------	---

附件 2

西安市残疾儿童定点评估机构申请审批表

机构名称			
机构地址		邮政编码	
机构代码 (机构登记证号 码)		主管部门 (审批机关)	
机构 性质	<input type="checkbox"/> 公 办 <input type="checkbox"/> 非公办 <input type="checkbox"/> 其他		
机构等级		许可证号	
法定代表人		联系电话	
成立时间		评估人员数	
服务场地面积		年服务人数	
已开展的评估项目			
申请 评估 项目	<input type="checkbox"/> 肢体（含脑瘫）康复评估 <input type="checkbox"/> 智力残疾康复评估 <input type="checkbox"/> 孤独症康复评估 <input type="checkbox"/> 听力言语残疾康复评估 <input type="checkbox"/> 低视力康复评估 <input type="checkbox"/> 辅助器具适配评估（含假肢、矫形器）		
第三方评估机构 或 专家组意见			

市残联 意见	负责人签字： （盖章）年 月 日
-----------	---