

广东省中山市残疾人联合会

关于开展 2021 年中山市儿童康复服务定点 机构认定工作的公告

为优先落实儿童康复服务定点机构的认定、管理、监督等工作与责任，中山市残联依据《中山市残疾人康复服务定点机构管理办法》（以下简称《管理办法》），委托中山市残疾人康复中心（以下简称康复中心）对需重新审核以及新申请的机构进行资料核实和现场评审。现就相关工作内容通知如下：

一、定点机构申报时间

（一）提出申请

2021 年 7 月 20 日—7 月 25 日，有申报意向的儿童康复服务机构，符合《管理办法》第六条规定的，可向康复中心提交申报资料，如逾期未提交资料则视为放弃此次申报资格。

（二）资料核实

2021 年 7 月 26 日—7 月 31 日，康复中心工作人员对报名机构提交的初始资料进行初步审核，确定进入复审的机构名单。

(三) 现场评审

2021年8月1日—8月10日，由康复中心从中山市评残专家组中每类别随机抽取3名专家组成评审专家团队，分类别前往机构现场，依据相关文件标准对报名机构进行现场评审，并确定最终审核意见。

二、定点机构申报类型

此次申报的定点机构类型需符合《管理办法》中下列相对应的准入标准：

1. 广东省孤独症儿童康复服务定点机构准入标准；
2. 广东省智力残疾儿童康复服务定点机构准入标准；
3. 广东省听力言语残疾儿童康复服务定点机构准入标准；
4. 广东省肢体残疾（脑瘫）儿童康复服务定点机构准入标准；
5. 广东省视力残疾儿童康复服务定点机构准入标准；
6. 广东省残疾人康复服务定点评估机构准入标准。

三、定点机构申报资料

各申报机构需准备纸质资料一份，提交或邮寄至中山市西区康欣路3号中山市中医院住院部12楼医生办公室；同时扫描成电子版，分别发送至康复中心邮箱 kfk001@126.com，以及市残联康复部邮箱 zsclafb@163.com。具体资料目录如下：

1. 康复服务定点机构申请审批表。

分为“定点康复机构”和“定点评估机构”两类审批表，分别见附件 1、附件 2。（我市儿童康复服务机构需同时申请评估与康复两项资格）

2. 机构证照资料。包括组织机构代码证、法人登记证书或营业执照复印件；消防安全检查合格证明材料；提供餐饮服务的机构需要提供食品药品经营许可证及从业人员健康证明等复印件。

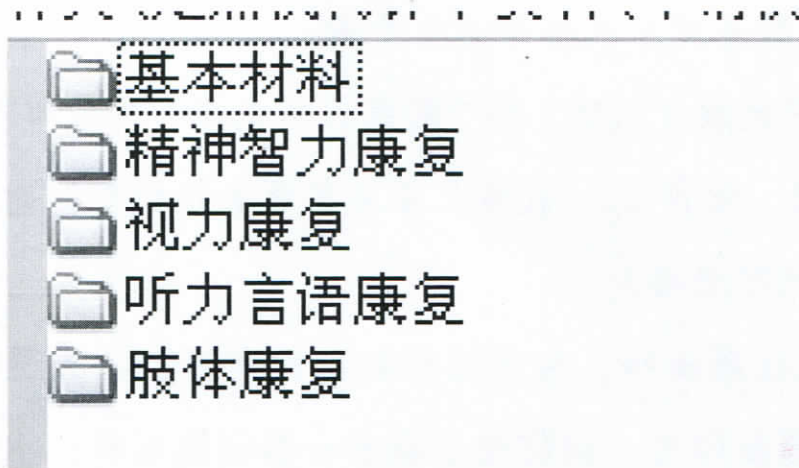
3. 机构康复业务资料。

①总体介绍：包含业务场地、内设部门、服务范围、服务规模、服务项目、服务特色、服务质量等相关内容，1500 字左右。

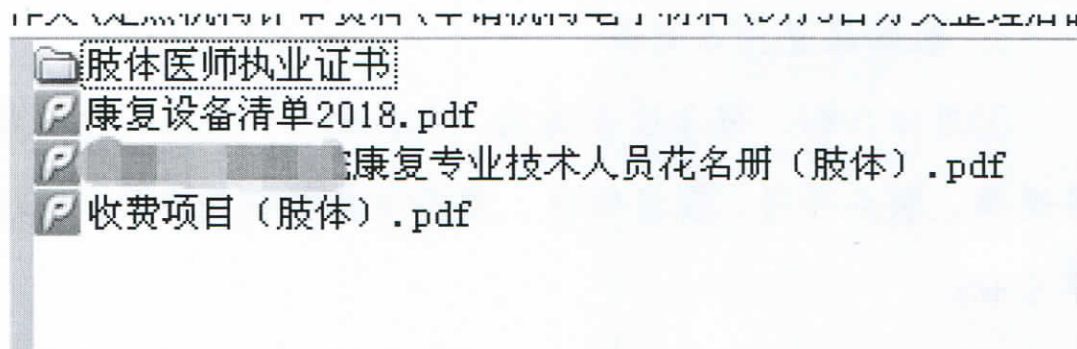
②在孤独症、肢体、视力、听力言语、智力五个项目中选取机构需要申报的类别，每个类别均需准备以下材料：机构开展项目及价目列表，专业技术人员花名册、劳动合同、社保记录及职业资格证复印件，设备（教具）清单。

4. 近三年经营活动中无重大违法记录声明。

注：扫描的电子版本可分为数个文件夹，“基本材料”文件夹内为各证照扫描件、总体介绍及无重大违法记录声明，然后在所申请的康复类别文件夹内，分别列出专业人员花名册、执业证书及职称证书、设备清单、项目收费清单：（下面为扫描文件分类示意图）



上图为总分类示意，下图为“肢体康复”文件夹内点开内容示意。



四、免认定的机构类型

依据《管理办法》第十一条，以下四类机构可以直接认定为我市的定点机构，而无须再经重新认定流程。

1. 经中国残联、原国家卫生计生委认定的听力残疾儿童定点康复机构、人工耳蜗康复救助项目定点医院。
2. 省残联等级评审三级（含）以上的残疾儿童康复机构。
3. 经省级认定的各类定点康复机构。
4. 市级已认定的公立医院。

五、评审工作人员联系方式

中山市残疾人康复中心办公室：田小姐 0760-89980876。



附件 1

中山市残疾人康复服务定点康复机构申请审批表

(类别 _____)

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"/> 民政 <input type="checkbox"/> 其他 _____) <input type="checkbox"/> 非公办 (<input type="checkbox"/> 民办公助 <input type="checkbox"/> 民办非企业类 <input type="checkbox"/> 社会组织 <input type="checkbox"/> 民办 <input type="checkbox"/> 工商类 <input type="checkbox"/> 其他 _____)				
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		
基本情况		总人数	中级以上职称	初级职称	其他
技术人员构成	医 生				
	护 士				
	医技人员				
	康复治疗师				
	康复工程师				
	康复教师				
	管理人员				
	社 工				
	其 他				
	合 计				
已开展的 康复服务 项目					

申请服务项目	视力 残疾	0-6 岁儿童	<input type="checkbox"/> 康复医疗 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具 <input type="checkbox"/> 支持性服务	
		7 岁以上儿童及成人	<input type="checkbox"/> 康复医疗 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具适配 <input type="checkbox"/> 支持性服务	
	听力 言语 残疾	0-6 岁儿童	<input type="checkbox"/> 康复医疗 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具 <input type="checkbox"/> 支持性服务	
		7 岁以上及儿童及成人	<input type="checkbox"/> 康复医疗 <input type="checkbox"/> 辅助器具适配 <input type="checkbox"/> 支持性服务	
	肢体 残疾 (脑瘫)	0-6 岁儿童	<input type="checkbox"/> 康复医疗 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具 <input type="checkbox"/> 支持性服务	
		7 岁以上儿童及成人	<input type="checkbox"/> 康复医疗 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 辅助器具 <input type="checkbox"/> 支持性服务	
	智力 残疾	0-6 岁儿童	<input type="checkbox"/> 康复医疗 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 支持性服务	
		7 岁以上儿童及成人	<input type="checkbox"/> 康复医疗 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 支持性服务	
	精神 残疾	0-6 岁孤独症儿童	<input type="checkbox"/> 康复医疗 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 支持性服务	
		7 岁以上孤独症儿童及成人	<input type="checkbox"/> 康复医疗 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 支持性服务	
	专家组意见 (是否符合 准入标准)			
	主管 部门 意见	负责人签字： (盖章) 年 月 日		
本级 残联 意见	负责人签字： (盖章) 年 月 日			

说明：1.标题中类别是指：“医疗康复”、“基本辅具服务”、“社区康复服务”、“残疾儿童康复“四大类”；2.“专家组意见”栏由当地残联组织专家评审后填写；3.“主管部门意见”栏：没有主管部门的机构不需要填写。

中山市残疾人康复服务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"/> 残联 <input type="checkbox"/> 卫生 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 民政 <input type="checkbox"/> 其他_____) <input type="checkbox"/> 非公办 (<input type="checkbox"/> 民办公助 <input type="checkbox"/> 民办非企业类 <input type="checkbox"/> 社会组织 <input type="checkbox"/> 民办 <input type="checkbox"/> 工商类 <input type="checkbox"/> 其他_____)				
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			评估人员数		
服务场地面积			年服务人数		
基本情况		从事评估人 员类别 (人)	评估上岗 资格 (人)	初级以上职称数	其他
评估人 员构成	医 生				
	医技人员				
	康复治疗师				
	康复工程师				
	康复 (特、幼) 教师				
	心理学专业				
	社 工				
	其 他				
	合 计				
已开展的 评估 项目					

申请 评估 项目	<input type="checkbox"/> 听障康复评估 <input type="checkbox"/> 肢体（脑瘫）康复评估 <input type="checkbox"/> 智障康复评估 <input type="checkbox"/> 精神障碍（含孤独症）康复评估 <input type="checkbox"/> 视障康复评估
专家组意见 （是否符合 准入标准）	
主管 部门 意见	<p style="text-align: right;">负责人签字： （盖章） 年 月 日</p>
本级 残联 意见	<p style="text-align: right;">负责人签字： （盖章） 年 月 日</p>

说明：1. “专家组意见”栏由当地残联组织专家评审后填写；

2. “主管部门意见”栏：没有主管部门的机构不需要填写。