残疾儿童康复救助项目安置（转送）考核表

**\_\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_\_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 |  | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| 机构所在地残联组织专家考核评估意见 | 签章:  年   月   日 | | | | | | | |