附件2

宁夏0-6岁残疾儿童康复救助档案

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 儿童姓名 |  | 性别 |  | 家庭地址 |  | | | | |
| 残疾证号 |  | | | | 身份证号 |  | | | |
| 监护人 姓名 |  | 联系电话 |  | | | 与儿童关系 | |  | |
| 发现残疾时间 |  | 诊断结果 |  | | 诊断机构 |  | | 诊断时间 |  |
| 致残主要原因 |  | | | | 是否参加医保 | □是□否 | | 参保时间 |  |
| 以前接受过救助 内容 | □康复训练□辅助器具□助听器□人工耳蜗□肢残手术 | | | 康复机构 |  | | | 救助时间 | 年度 |
| □康复训练□辅助器具□助听器□人工耳蜗□肢残手术 | | | 康复机构 |  | | | 救助时间 | 年度 |
| 以前未接受过救助原因 |  | | | | | | | | |
| 年度康复救助情况 | □康复训练□辅助器具□助听器□人工耳蜗□肢残手术 | | | 康复机构 |  | 救助时间 |  | 补助资金 | 万元 |
| □康复训练□辅助器具□助听器□人工耳蜗□肢残手术 | | | 康复机构 |  | 救助时间 |  | 补助资金 | 万元 |
| 未救助原因 | |  | | | | | | |
| 年度康复救助情况 | □康复训练□辅助器具□助听器□人工耳蜗□肢残手术 | | | 康复机构 |  | 救助时间 |  | 补助资金 | 万元 |
| □康复训练□辅助器具□助听器□人工耳蜗□肢残手术 | | | 康复机构 |  | 救助时间 |  | 补助资金 | 万元 |
| 未救助原因 | |  | | | | | | |
| 年度康复救助情况 | □康复训练□辅助器具□助听器□人工耳蜗□肢残手术 | | | 康复机构 |  | 救助时间 |  | 补助资金 | 万元 |
| □康复训练□辅助器具□助听器□人工耳蜗□肢残手术 | | | 康复机构 |  | 救助时间 |  | 补助资金 | 万元 |
| 未救助原因 | |  | | | | | | |
| 年度退出机构去向 | □幼儿园 □特教学校 □普小 □其它 | | | | | | | | |

说明：1.编号要与《宁夏0-6岁残疾儿童动态统计表》一致；2.无残疾证填写身份证号；3.接受过助听器（人工耳蜗）救助或配发过辅助器具又接受康复训练都要勾画；4.福利院儿童监护人填写福利院