|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **西安市雁塔区残疾康复救助申请备案表** | | | | | | | | |
| **西安市雁塔区 街道 社区（村委会） NO：\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 性别 | | 男□ 女□ | | 民族 |  |
| 出生年月日 |  | | 身份证号 | |  | | 年龄段 | 0-16岁□  17岁以上□ |
| 户籍  地址 | 西安市雁塔区 | | | | | | 联系  电话 |  |
| 残疾类别 | |  | | 残疾人证号 | |  | | |
| 监护人姓名 | |  | | 与患者关系 | |  | 手机号 |  |
| 家庭经济  状 况 | | 1.低保户 □ 2.低收入家庭 □ 3.建档立卡贫困家庭 □ 4.其它 □ | | | | | 户口  类别 | 农业户口 □ 非农业户口 □ |
| 享受医疗  保 险  情 况 | | 1.享受城镇职工（或居民）基本医疗 □ 2.享受农村合作医疗 □ 3.享受医疗救助 □ 4.享受其他医疗保险 □ 5.无医疗保险 □ | | | | | | |
| 个人或  监护人  申 请 | | 本人或法定监护人承诺：以上申请事项属实，12个月内（同一时间段内）不重复享受各级政府、残联康复服务救助资金，如有违反及时退回重复救助资金，并且取消下一次享受指标。   **申请人：   20 年 月 日** | | | | | | |
| 定 点 康  复 救 助  机 构 备  案 意 见 | | **评估意见：** **服务时间段：** **至\_\_\_\_\_\_\_**    **备案人：**   （加盖公章）  **20 年 月 日** | | | | | | |

注：1、本表由申请人填写，申请人为：患者本人或法定监护人；

2、申请时需携带受救助对象**身份证、户口本、《残疾人证》**原件及复印件；

3、本表及复印件交由定点服务机构存档，区残联备案。