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 |