广东省工伤保险辅助器具配置机构

评估申请表

单位全称：

所属行业：

主管部门：

单位地址：

邮政编码：

联 系 人：

联系电话：

填表日期：

**广东省人力资源和社会保障厅 制**

温 馨 提 示

辅助器具装配机构和医疗机构向地级以上市社会保险经办机构提出工伤保险辅助器具配置服务协议机构申请的，应当如实提供以下资料：

1．法人资格证书及法定代表人居民身份证原件。

2．中国人民解放军、中国人民武装警察部队所属医疗机构应提供《中国人民解放军事业单位有偿服务许可证》和《中国人民解放军事业单位有偿收费许可证》原件。

一、单位基本情况

|  |  |
| --- | --- |
| 单位全称 |  |
| 营业执照注册号或执业许可证号 |  |
| 注册或执业地址 |  | 邮编 |  |
| 法人代表 |  | 联系人 |  | 电话 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 所有制 |  | 机构等级 |  | 机构类型 |  |
| 职工总数 |  | 技术人员总数 |  | 建筑面积 | ㎡ |
| 申请服务项目 | □假肢 □矫形器（□低温板材，□热塑板材）□生活类辅助器具 □助听器（□耳背式、□耳内式、□耳道式）□光学助视器 □假眼 □假牙 □假耳、假鼻、假乳配置 |
| 单位主要业务及特色介绍 |  |

二、申报项目及服务能力

|  |  |
| --- | --- |
| 申报服务 | （按照申报服务分类进行填写，每个类别均需要填写，页面不足可自行添加） |
| **服务能力介绍**（请对所申报项目已开展服务年限、场地和科室设置、人员、设备和器材、管理制度建设情况进行说明） |
| 申报材料清单 | 序号 | 名称 | 说明 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

三、申报、审核意见

|  |  |
| --- | --- |
| 申报单位意见 |  （盖章）  年 月 日  |
| 地级以上市社会保险经办机构意见 | （盖章）  年 月 日  |
| 地级以上市人力资源社会保障行政部门意见 | （盖章）  年 月 日  |
| 省工伤保险辅助器具专家组评估意见 | 专家组签名：年 月 日  |

 备注：本申请表一式四份，申请单位、省人力资源社会保障行政部门、市人力资源社会

 保障行政部门、经办机构各一份。