

平顶山市残疾人联合会  
平顶山市民政局  
平顶山市教育体育局  
平顶山市卫生健康委员会  
平顶山市医疗保障局

文件

平残联〔2022〕17号

## 关于开展全市残疾儿童定点康复机构 复核考评工作的通知

各县（市、区）残联、民政局、教育体育局、卫生健康委、医疗保障局：

为加强我市残疾儿童定点康复机构规范化建设，提升残疾儿童康复服务品质，不断完善康复救助管理体系，根据平顶山市人民政府《关于印发平顶山市残疾儿童康复救助制度实施办法的通知》（平政〔2019〕6号）《关于印发〈平顶山市残疾儿童定点康复机构准入标准和服务规范（试行）〉的通知》（平残

联〔2021〕69号）和《关于印发〈平顶山市残疾儿童定点康复机构协议管理办法（试行）〉和〈平顶山市残疾儿童定点康复机构考评办法〉的通知》（平残联〔2022〕15号）等文件精神，决定开展全市残疾儿童定点康复机构复核考评工作，现将有关事项通知如下：

### 一、考评对象

经申报机构上级主管部门初审，县（市、区）残联会同民政、教育、卫生健康、医疗保障等有关部门认定通过后有意愿承担跨域服务的全市各类残疾人康复机构。

### 二、考评程序

康复机构向所在县（市、区）上级主管部门提出申请，县（市、区）残联会同民政、教育、卫生健康、医疗保障等有关部门组织评审认定合格后，上报市残联复核考评。

### 三、考评公示

市残联、民政局、教育体育局、卫生健康委和医疗保障局对上报的机构根据《平顶山市残疾儿童定点康复机构准入标准》《平顶山市残疾儿童定点机构协议管理办法（试行）》和《平顶山市残疾儿童定点机构考评办法》开展现场复核考评，市残联根据复核考评结果，对拟纳入的市级残疾儿童定点康复机构，在市残联官方网站上向社会公示。

### 四、复核考评时间

2022年5月（具体时间另行通知）

### 五、工作要求

1、各县（市、区）残联、民政局、教育局、卫生健康委、医疗保障局要根据本通知精神，做好宣传工作，及时通知辖区符合条件的残疾儿童康复机构，按程序和要求组织申报工作。

2、各县（市、区）残联按机构类别申请条件收集整理相关申报备案资料，以备复验。

3、复核申请接收截止时间 2022 年 5 月 7 日，过期不候。

- 附件：1.平顶山市残疾儿童定点康复机构申请表  
2.平顶山市残疾人定点康复机构认定结果  
3.平顶山市残疾人定点康复机构复核结果



2022年4月18日

附件 1:

## 平顶山市残疾儿童定点康复机构申请表

单位名称 (盖章)			
统一社会信用代码			
法定代表人		联系电话	
单位详细地址	_____市_____县(市、区)_____乡镇(街道)		
建筑面积		邮政编码	
成立时间			
机构资质	<input type="checkbox"/> 公办事业单位 <input type="checkbox"/> 医疗机构 <input type="checkbox"/> 教育机构 <input type="checkbox"/> 社会福利机构 <input type="checkbox"/> 企业 <input type="checkbox"/> 民办非企 <input type="checkbox"/> 其它		
上级主管部门			
申请项目类别	<input type="checkbox"/> 视力 <input type="checkbox"/> 听力言语 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 智力 <input type="checkbox"/> 孤独症 <input type="checkbox"/> 肢体矫治手术 <input type="checkbox"/> 辅助器具 <input type="checkbox"/> 助听器验配		
日均服务人数		服务形式	<input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 非全日制
康复专业人员情况	机构工作人员总人数_____名，业务人员_____名，管理人员_____名，高级职称_____名，中级职称_____名，初级职称_____名，无职称_____名(如为综合性机构的科室，仅填写儿童康复科概况)。		
上级主管部门 审核意见	(盖章) 年 月 日		
县(市、区)残联 认定意见	(盖章) 年 月 日		
市残联 复核意见	(盖章) 年 月 日		

备注：此表一式三份，上级主管部门、县(市、区)残联和市残联各一份备案。

附件 2:

## 平顶山市残疾人定点康复机构认定结果

申报机构名称 (盖章)			负责人	
			联系电话	
评审内容	项目指标	分值	得分	评审人签字
	基础条件			
	场地规模			
	场所设施			
	业务开展			
	队伍建设			
	质量控制			
	合计			
县(市、区) 认定结果	<p>按照《平顶山市残疾儿童定点康复机构准入标准》和《平顶山市残疾儿童定点康复机构考评办法》，经现场确认，该机构评审得分____分。该机构认定结果为：<input type="checkbox"/>合格 <input type="checkbox"/>不合格，<input type="checkbox"/>同意<input type="checkbox"/>不同意报请市残联复核。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>			

备注：1. 此表一式两份，县（市、区）残联和市残联各一份备案；2. 评审内容参照康复机构准入标准实际项目进行评审。

附件 3:

## 平顶山市残疾人定点康复机构复核结果

申报机构名称 (盖章)			负责人	
			联系电话	
评审内容	项目指标	分值	得分	复核人签字
	基础条件			
	场地规模			
	场所设施			
	业务开展			
	队伍建设			
	质量控制			
	合计			
市复核结果	<p>按照《平顶山市残疾儿童定点康复机构准入标准》和《平顶山市残疾儿童定点康复机构考评办法》，经组织现场复核，该机构复核得分____分。该机构复核结果为：  <input type="checkbox"/>合格<input type="checkbox"/>不合格。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>			

备注：评审内容参照康复机构准入标准实际项目进行评审。