附件1

惠山区残疾学生教育专项补助申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 　 | 身份证号码 | 　 |
| 残疾类级别 | 　 | 户籍地址 | 　 |
| 是否低保 |  | 是否低收入 |  |
| 申请类型 | □高中 □大专及以上 □盲生交通伙食补贴□江浙沪以外新生报到一次性入学补贴 |
| 就读学校 |  |
| 就读状况 | □盲生义务教育阶段 □高中 □3+2（高中） □3+2（大专） □大专及以上 |
| 年 级 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 申请年度 | 　 | 申请金额 | 　 |
| 基本情况描述 | 申请资料真实性承诺：本人承诺以上所填项目属实，如有不实，愿承担由此引起的一切责任。抄录：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_申请人（监护人）签名： 年 月 日 |
| 社区（村）居委会残协意见 |  经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 街道（镇）残联意见 |  经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 区残联意见 |  经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 备 注 |  |

附件2

惠山区低保和低收入残疾人家庭子女教育专项补助申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 家长信息 | 家长姓名 |  | 身份证号码 |  |
| 残疾类级别 |  | 是否低保 |  | 是否低收入 |  |
| 联系电话 | 　 | 与子女称谓关系 | 　 |
| 户籍地址 | 　 |
| 子女信息 | 姓 名 | 　 | 出生年月 | 　 |
| 就读学校 | 　 | 就读年级 |  |
| 就读状况 | □高中 □中专 □3+2（高中） □3+2（大专） □大专及以上 |
| 申请类型 | □高中 □大专及以上 |
| 申请年度 | 　 | 申请金额 | 　 |
| 基本情况描述 | 申请资料真实性承诺：本人承诺以上所填项目属实，如有不实，愿承担由此引起的一切责任。抄录：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_申请人（监护人）签名： 年 月 日 |
| 社区（村）居委会残协意见 |  经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 街道（镇）残联意见 |  经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 区残联意见 |  经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 备 注 |  |

附件3

惠山区残疾学生奖学金申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 　 | 身份证号码 | 　 |
| 残疾类级别 | 　 | 户籍地址 | 　 |
| 申请类型 | □学位、学历奖励 □荣誉奖励 □自学考试和成人学历教育奖励 |
| 就读学校 | 　 | 学历层次 | 　 |
| 年 级 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 申请年度 | 　 | 申请金额 | 　 |
| 基本情况描述 | 申请资料真实性承诺：本人承诺以上所填项目属实，如有不实，愿承担由此引起的一切责任。抄录：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_申请人（监护人）签名： 年 月 日 |
| 社区（村）居委会残协意见 |  经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 街道（镇）残联意见 |  经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 区残联意见 |  经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 备 注 |  |

附件4

惠山区残疾大学生学费报销申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 　 | 身份证号码 | 　 |
| 残疾类级别 | 　 | 户籍地址 | 　 |
| 就读学校 |  |
| 学校性质 | □公办全日制大专及以上院校 □民办全日制大专及以上院校 |
| 民办院校学费金额 |  |
| 本地区同类公办院校学费金额 |  |
| 年 级 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 申请年度 | 　 | 申请金额 | 　 |
| 基本情况描述 | 申请资料真实性承诺：本人承诺以上所填项目属实，如有不实，愿承担由此引起的一切责任。抄录：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_申请人（监护人）签名： 年 月 日 |
| 社区（村）居委会残协意见 |  经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 街道（镇）残联意见 |  经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 区残联意见 |  经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 备 注 |  |

附件5

惠山区残疾人居家托养服务申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 　 | 身份证号码 | 　 |
| 残疾类级别 | 　 | 户籍地址 | 　 |
| 月收入（元） |  | 常住地址 |  |
| 收入性质 | □政府补贴 □工薪 □财产性 □经营性 □无 |
| 联系电话 | 　 | 是否低保 |  | 是否低收入　 |  |
| 联系人（监护人） |  | 称谓 |  | 联系电话 |  |
| 特殊困难 | □一户多残 □依老养残 □其他 |
| 基本情况描述 | 申请资料真实性承诺：本人承诺以上所填项目属实，如有不实，愿承担由此引起的一切责任。抄录：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_申请人（监护人）签名： 年 月 日 |
| 社区（村）居委会残协意见 |  经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 街道（镇）残联意见 |  经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 区残联意见 |  经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 备 注 |  |

附件6

惠山区残疾人集中托养服务申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 　 | 身份证号码 | 　 |
| 残疾类级别 | 　 | 户籍地址 | 　 |
| 月收入（元） |  | 常住地址 |  |
| 收入性质 | □政府补贴 □工薪 □财产性 □经营性 □无 |
| 联系电话 | 　 | 是否低保 |  | 是否低收入 |  |
| 联系人（监护人） |  | 称谓 |  | 联系电话 |  |
| 特殊困难 | □一户多残 □依老养残 □其他 |
| 申请理由 | 申请资料真实性承诺：本人承诺以上所填项目属实，如有不实，愿承担由此引起的一切责任。抄录：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_申请人（监护人）签名： 年 月 日 |
| 社区（村）居委会残协意见 | 申请人是否为集中托养服务补贴对象 □是 □否经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 街道（镇）残联意见 | 申请人是否为集中托养服务补贴对象 □是 □否 经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 区残联意见 | 申请人是否为集中托养服务补贴对象 □是 □否 经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 备 注 | 服务补贴标准 元/月，补贴起始时间 年 月 日。 |

附件7

惠山区残疾人日间照料服务申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 　 | 身份证号码 | 　 |
| 残疾类级别 | 　 | 户籍地址 | 　 |
| 月收入（元） |  | 常住地址 |  |
| 收入性质 | □政府补贴 □工薪 □财产性 □经营性 □无 |
| 联系电话 | 　 | 是否低保 |  | 是否低收入 |  |
| 联系人（监护人） |  | 称谓 |  | 联系电话 |  |
| 特殊困难 | □一户多残 □依老养残 □其他 |
| 基本情况描述 | 申请资料真实性承诺：本人承诺以上所填项目属实，如有不实，愿承担由此引起的一切责任。抄录：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_申请人（监护人）签名： 年 月 日 |
| 社区（村）居委会残协意见 |  经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 街道（镇）残联意见 |  经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 区残联意见 |  经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 备 注 |  |

附件8

惠山区残疾人辅助性就业出勤补贴申请表

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_街道（镇） \_\_\_\_\_\_\_\_年度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | 负责人 |  |
| 联系电话 |  | 地 址 |  |
| 补贴人数（人） |  | 补贴金额（元） |  |
| 申请资料真实性承诺： 承诺所填项目和提供资料属实，如有不实，愿承担由此引起的一切责任。抄录：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_经办人： 机构签章： 年 月 日 |
| 街道（镇）残联意见：经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 区残联意见： 经办人： 单位公章： 年 月 日 |

附件9

惠山区残疾人辅助性就业出勤和劳动报酬明细表

机构名称：月份

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 出勤天数（天） | 出勤补贴（元） | 劳动收入（元） | 劳动奖励（元） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **合 计** |  |  |  |  |

附件10

惠山区辅助性就业人员申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 　 | 身份证号码 | 　 |
| 残疾类级别 | 　 | 户籍地址 | 　 |
| 联系电话 | 　 | 常住地址 |  |
| 就业状况 | □无业 □失业 □灵活就业身份缴纳社会保险 |
| 联系人（监护人） |  | 称谓 |  | 联系电话 |  |
| 基本情况描述 | 申请资料真实性承诺：承诺所填项目和提供资料属实，如有不实，愿承担由此引起的一切责任。抄录：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_申请人（监护人）签名： 年 月 日 |
| 社区（村）居委会残协意见 |  经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 街道（镇）残联意见 |  经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 区残联意见 |  经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 备 注 |  |

附件11

惠山区残疾人辅助性就业劳动奖励申请表

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_街道（镇） \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_年度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | 负责人 |  |
| 联系电话 |  | 奖励人数（人） |  |
| 劳动报酬总额（元） |  | 奖励总额（元） |  |
| 申请资料真实性承诺： 承诺所填项目和提供资料属实，如有不实，愿承担由此引起的一切责任。抄录：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_经办人： 机构签章： 年 月 日 |
| 街道（镇）残联意见：经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 区残联意见：经办人： 单位公章： 年 月 日 |

附件12

惠山区残疾人辅助性就业劳动产品调配奖励申请表

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_年度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 企业（调配机构）名称 |  | 地 址 |  |
| 负责人 |  | 联系电话 |  |
| 劳动（服务）项目 |  | 服务覆盖范围 |  |
| 受益人数（人） |  | 劳动总收入（元） |  |
| 申请资料真实性承诺：承诺所填项目和提供资料属实，如有不实，愿承担由此引起的一切责任。抄录：经办人： 企业（调配机构）签章： 年 月 日 |
| 区残联初审意见：经办人： 年 月 日 | 区残联复审意见：经办人：区残联签章： 年 月 日 |

注：服务覆盖范围填写残疾人之家等辅助性就业机构名称；

劳动（服务）项目和服务覆盖范围较多的，可列举部分，全部内容以附件形式提供；

受益人数以从事调配项目劳动获得相应收入的人计算；

劳动总收入应以服务覆盖的残疾人之家为单位，按照申请年度周期按年计算总额，列明细汇总表以附件形式提供。

附件13

惠山区示范性的辅助性就业机构奖励申请表

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_年度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | 地 址 |  |
| 负责人 |  | 月均服务残疾人人数（人） |  |
| 联系电话 |  | 当年机构综合绩效评估分数（分） |  |
| 劳动项目名称 |  | 月人均劳动报酬和补贴奖励（元） |  |
| 机构运行情况 |  |
| 申请资料真实性承诺：承诺以上所填项目和提供资料属实，如有不实，愿承担由此引起的一切责任。抄录：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_经办人： 机构签章： 年 月 日 |
| 区残联意见经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 备 注 |  |

附件14

惠山区残疾人推荐就业奖励申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 企业（民非）名称 |  | 负 责 人 |  |
| 地 址 |  | 联系电话 |  |
| 推荐重度残疾人及中轻度精神、智力残疾人数量（人） |  | 奖励金额（元） |  |
| 推荐其他残疾人数量（人） |  |
| 申请资料真实性承诺：承诺以上所填项目和提供资料属实，如有不实，愿承担由此引起的一切责任。抄录：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_经办人： 企业（民非）签章： 年 月 日 |
| 区残联初审意见：经办人： 年 月 日 | 区残联复审意见：经办人：区残联签章： 年 月 日 |

附件15

惠山区残疾人一次性创业扶持补贴申请表

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_街道（镇）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_社区（村）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 残疾人证号码 |  |
| 年 龄 |  | 营业执照号码 |  |
| 性 别 |  | 自主创业内容 |  |
| 联系电话 |  | 经营地址 |  |
| 领取执照备案时间 |  | 补贴金额 |  |
| 创业类型 | 企业□ 个体工商□ 民办非企业□ 农村种养加□ |
| 申请资料真实性承诺：承诺以上所填项目和提供资料属实，如有不实，愿承担由此引起的一切责任。抄录：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_申请人： 年 月 日 |
| 街道（镇）残联意见：经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 区残联意见：经办人： 单位公章： 年 月 日 |

附件16

惠山区用人单位安排残疾人

按比例就业补贴和超比例奖励申请表

审批表编号：

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 单位性质 |  | 法定代表人(负责人) |  |
| 组织机构代码 |  | 联系电话 |  |
| 单位地址 |  | 邮编 |  |
| 开户银行 |  | 银行帐号 |  |
| 单位在职职工总数（人） |  | 单位残疾人职工数（人） |  | 单位应安排残疾人职工数（人） |  | 上年度月最低工资（元） |  |
| 按比例残疾人数（人） |  | 申请金额（元） |  | 超比例残疾人数（人） |  | 申请金额（元） |  |
| 申请资料真实性承诺：承诺以上所填项目和提供资料属实，如有不实，愿承担由此引起的一切责任。抄录：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_法定代表人: 经办人: 用人单位(盖章)： 年 月 日 |
| 核定的单位按比例残疾人数 （人） |  |
| 核定的单位按比例补贴金额 （元） |  |
| 核定的单位超比例残疾人数 （人） |  |
| 核定的单位超比例补贴金额 （元） |  |
| 补贴及奖励总金额（元） |  |
| 街道（镇）残联意见：经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 区残联意见：经办人： 单位公章： 年 月 日 |

附件17

无锡市残疾儿童基本康复训练救助申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请儿童姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 户籍地址 |  |
| 现住址 |  |
| 监护人姓名 |  | 关系 |  | 身份证号码 |  |
| 联系电话1 |  | 联系电话2 |  |
| 申请状况 | 口首次申请 □延续申请 □重新评估□注销(原因：□已康复□自动放弃□已死亡□其他  |
| 申请救助 类别 | 口视力口听力言语 □肢体 口智力口孤独症 |
| 康复机构 初选 |  |
| 确认签名 | 申请儿童(或监护人)签名年月日 |
| 以下由工作人员填写 |
| 社区(村)居委会残协意见 | 经办人：单位公章 年月日 |
| 街道(镇) 残联意见 | 经办人： 单位公章：年月 日 |
| 区残联意见 | 经办人：单位公章： 年月 日 |
| 备注 |  |

附件18

无锡市残疾儿童人工耳蜗植入手术救助申请表（本市户籍）

|  |
| --- |
| 申报填写（手术前） |
| 申请儿童姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 户籍地址 |  |
| 现住址 |  |
| 监护人姓名 |  | 关系 |  | 身份证号码 |  |
| 联系电话1 |  | 联系电话2 |  |
| 申请类别 | □免费人工耳蜗植入手术 □自费人工耳蜗植入手术 |
| 意向手术机构 | 本市手术定点机构：□无锡市人民医院 □无锡市第二人民医院 □无锡市儿童医院非本市手术定点机构（三级以上医保定点医疗机构）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 确认签名 | 申请儿童（或监护人）签名： 年 月 日 |
| 申请“自费人工耳蜗”并在非本市手术定点机构者，递交材料后填写（手术后） |
| 手术发票总额 | 元 | 自理费用 | 元 | 手术日期 |  |
| 银行卡信息 | （以下信息，用于救助资金拨付，请务必准确填写）申请儿童或监护人银行卡开户姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_开户银行名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_开户银行号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 申请资料真实性承诺 | （请在下方横线处抄录以下内容）本人承诺以上所填项目属实，如有不实，愿承担由此引起的一切责任。\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_申请儿童（或监护人）签名： 年 月 日 |
| 以下由工作人员填写 |
| 社区（村）居委会残协意见 | 经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 街道（镇）残联意见 | 经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 区残联意见 | 经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 备注 |  |

附件19

无锡市残疾儿童人工耳蜗植入手术费救助申请表（非本市户籍）

|  |
| --- |
| 申报填写（手术前） |
| 申请儿童姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 户籍地址 |  |
| 现住址 |  |
| 居住证地址 |  |
| 监护人姓名 |  | 关系 |  | 身份证号码 |  |
| 联系电话1 |  | 联系电话2 |  |
| 意向手术机构 | 本市手术定点机构：□无锡市人民医院 □无锡市第二人民医院 □无锡市儿童医院 |
| 确认签名 | 申请儿童（或监护人）签名： 年 月 日 |
| 以下由工作人员填写 |
| 社区（村）居委会残协意见 | 经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 街道（镇）残联意见 | 经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 区残联意见 | 经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 备注 |  |

附件20

无锡市人工耳蜗术前（后）评估表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 是否享受低保 |  |
| 身份证号码 |  | 申请救助类别 | □免费人工耳蜗及手术费救助□自费人工耳蜗□非本地户籍儿童人工耳蜗植入手术费救助 |
| 监护人姓名 |  | 监护人身份证号码 |  |
| 与申请人关系 |  | 联系方式 |  |
| 户籍地址 |  | 现住址 |  |
| 意向手术机构名称 |  | 意向手术机构联系电话 |  |
| 以下由评估医生填写 |
| 听力损失情况 |  | 内耳发育情况 |  |
| 术前评估意见 | 是否建议进行人工耳蜗植入手术：□是 □否 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_单位盖章：评估医师签名：评估日期： 年 月 日 |
| 术后评估意见 | 人工耳蜗植入侧别：□左侧 □右侧 □双侧人工耳蜗植入手术时间： 年 月 日 开机时间： 年 月 日人工耳蜗使用效果：□好 □一般 □差是否安装助听器：□是 □否是否建议进行言语康复训练：□是 □否单位盖章：评估医师签名：评估日期 年 月 日 |
| 备注 |  |

此表一式两份，评估机构保存一分，市或（区）残联备案一份。

附件21

无锡市残疾儿童人工耳蜗补充救助申请表（本市户籍）

|  |
| --- |
| 申报填写（更换体外装置前） |
| 申请儿童姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 户籍地址 |  |
| 现住址 |  |
| 监护人姓名 |  | 关系 |  | 身份证号码 |  |
| 联系电话1 |  | 联系电话2 |  |
| 手术时间及医院名称 | 年 月 日，医院： |
| 既往接受人工耳蜗救助情况 | □户籍一直在无锡，从未接受过人工耳蜗手术救助□户籍于\_\_\_\_\_年自\_\_\_\_省\_\_\_\_市迁入无锡，迁入前、后均未接受过人工耳蜗手术救助 |
| 确认签名 | 申请儿童（或监护人）签名： 年 月 日 |
| 递交材料后填写（更换体外装置后） |
| 发票总费用 | 元 | 自负费用 |  元 | 应补助 |  元 |
| 银行卡信息 | （以下信息，用于救助资金拨付，请务必准确填写）申请儿童或监护人银行卡开户姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_开户银行名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_开户银行号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 申请资料真实性承诺 | （请在下方横线处抄录以下内容）本人承诺以上所填项目属实，如有不实，愿承担由此引起的一切责任。\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_申请儿童（或监护人）签名： 年 月 日 |
| 以下由工作人员填写 |
| 社区（村）居委会残协意见 | 经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 街道（镇）残联意见 | 按相关政策，应补助\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元。经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 区残联意见 | 经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 备注 |  |

附件22

无锡市肢体残疾儿童矫治手术救助申请表（本市户籍）

|  |
| --- |
| 申报填写（手术前） |
| 申请儿童姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 户籍地址 |  |
| 现住址 |  |
| 监护人姓名 |  | 关系 |  | 身份证号码 |  |
| 联系电话1 |  | 联系电话2 |  |
| 意向手术机构 | 本市手术定点机构：□无锡市儿童医院 □无锡市第九人民医院 非本市手术定点机构（三级以上医保定点医疗机构）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 拟手术名称 |  | 拟手术部位 | □左上肢 □右上肢□左下肢 □右下肢□脊柱 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 确认签名 | 申请儿童（或监护人）签名： 年 月 日 |
| 申请在非本市手术定点机构者，递交材料后填写（手术后） |
| 手术发票总额 | 元 | 自理费用 | 元 | 手术日期 |  |
| 银行卡信息 | （以下信息，用于救助资金拨付，请务必准确填写）申请儿童或监护人银行卡开户姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_开户银行名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_开户银行号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 申请资料真实性承诺 | （请在下方横线处抄录以下内容）本人承诺以上所填项目属实，如有不实，愿承担由此引起的一切责任。\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_申请儿童（或监护人）签名： 年 月 日 |
| 以下由工作人员填写 |
| 社区（村）居委会残协意见 | 经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 街道（镇）残联意见 | 经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 区残联意见 | 经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 备注 |  |

附件23

无锡市肢体残疾儿童矫治手术救助申请表（非本市户籍）

|  |
| --- |
| 申报填写（手术前） |
| 申请儿童姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 户籍地址 |  |
| 现住址 |  |
| 居住证地址 |  |
| 监护人姓名 |  | 关系 |  | 身份证号码 |  |
| 联系电话1 |  | 联系电话2 |  |
| 意向手术机构 | 本市手术定点机构：□无锡市儿童医院 □无锡市第九人民医院  |
| 拟手术名称 |  | 拟手术部位 | □左上肢 □右上肢□左下肢 □右下肢□脊柱 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 确认签名 | 申请儿童（或监护人）签名： 年 月 日 |
| 以下由工作人员填写 |
| 社区（村）居委会残协意见 | 经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 街道（镇）残联意见 | 经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 区残联意见 | 经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 备注 |  |

附件24

无锡市儿童肢体矫治手术前（后）评估表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 是否享受低保 |  |
| 身份证号码 |  | 拟手术部位 | □左上肢 □右上肢 □左下肢 □右下肢□脊柱 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 监护人姓名 |  | 监护人身份证号码 |  |
| 与申请人关系 |  | 联系方式 |  |
| 户籍地址 |  | 现住址 |  |
| 意向手术机构名称 |  | 手术名称 |  | 手术机构联系电话 |  |
| 以下由评估医生填写 |
| 病史及现状 | （简要描述儿童致残的主要病史及目前的肢体检查情况） |
| 术前评估意见 | 是否建议进行肢体矫治手术：□是 □否 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_单位盖章：评估医师签名：评估日期： 年 月 日 |
| 术后评估意见 | 手术名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_手术部位：□左上肢 □右上肢 □左下肢 □右下肢□脊柱(□颈椎 □胸椎 □腰椎) □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_手术时间： 年 月 日是否建议康复训练：□是 □否单位盖章：评估医师签名：评估日期： 年 月 日 |
| 备注 |  |

此表一式两份，评估机构保存一分，市（县）区残联结算保存一份。

附件25

无锡市白内障手术补助申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 户籍地址 |  | 本人电话 |  |
| 现住址 |  |
| 家庭情况 | □低保家庭 □低收入家庭 □其他 |
| 监护人（或代理人）姓名 |  | 关系 |  | 联系电话 |  |
| 监护人或代理人身份证号码 |  |
| 白内障手术情况 | 手术时间：\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日 手术医院：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_手术部位：□左眼 □右眼 |
| 银行卡信息 | （以下信息，用于救助资金拨付，请务必准确填写）申请人银行卡开户姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_开户银行名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_开户银行号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 申请资料真实性承诺 | （请在下方横线处抄录以下内容）本人承诺以上所填项目属实，如有不实，愿承担由此引起的一切责任。\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_申请人（或监护人代理人）签名： 年 月 日 |
| 以下由工作人员填写 |
| 手术总费用 | 元 | 自负费用 |  元 | 应补助 |  元 |
| 社区（村）居委会残协意见 | 经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 街道（镇）残联意见 | 经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 区残联意见 | 经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 备注 |  |

附件26

无锡市精神残疾人门诊免费服药救助申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 户籍地址 |  |
| 现住址 |  |
| 残疾人证号 |  | 残疾类别和等级 |  |
| 监护人（或代理人）姓名 |  | 关系 |  | 联系电话 |  |
| 监护人或代理人身份证号码 |  |
| 经济和医保状况 | □符合门诊特殊病种 □享受城镇职工医保的低保家庭精神残疾人□五保家庭精神残疾人 □享受居民医保的低保家庭精神残疾人□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 申请资料真实性承诺 | （请在下方横线处抄录以下内容）本人承诺以上所填项目属实，如有不实，愿承担由此引起的一切责任。\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_申请人（或监护人代理人）签名： 年 月 日 |
| 以下由工作人员填写 |
| 社区（村）居委会残协意见 | 经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 街道（镇）残联意见 | 按相关政策规定，可享受精神残疾人服药救助\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元。经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 区残联意见 | 经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 备注 |  |

附件27

无锡市精神残疾人住院救助申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 户籍地址 |  |
| 现住址 |  |
| 残疾人证号 |  | 残疾类别和等级 |  |
| 监护人（或代理人）姓名 |  | 关系 |  | 联系电话 |  |
| 监护人或代理人身份证号码 |  |
| 经济和医保状况 | □低保家庭的精神残疾人□低收入家庭的精神残疾人□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 申请资料真实性承诺 | （请在下方横线处抄录以下内容）本人承诺以上所填项目属实，如有不实，愿承担由此引起的一切责任。\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_申请人（或监护人代理人）签名： 年 月 日 |
| 以下由工作人员填写 |
| 社区（村）居委会残协意见 | 住院总费用元，自理部分元，应救助元。经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 街道（镇）残联意见 | 经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 区残联意见 | 经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 备注 |  |

附件28

无锡市残疾人辅助器具购买补贴审批表

市（县）区 乡镇（街道） 村（社区） 组 申请日期：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人基本情况 | 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生日期 | 年 月 日 |
| 身份证号 |  | 残疾证号 |  |
| 户籍地址 |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 监护人或联系人 |  | 与残疾人关系 |  | 联系电话 |  |
| 残疾类别与等级 | 类别：□视力□听力 □肢体 □智力 □精神 □多重等级：□一级□二级 □三级 □四级 □未定级 |
| 申请人状况 | □低保家庭□低收入家庭□16周岁以下残疾儿童少年□16周岁以上在校残疾学生 □就业年龄段无业无固定收入□非以上情况的肢体残疾人□低保低收入家庭就业年龄段听力残疾人 □就业年龄段的非低保和非低收入家庭听力残疾人（含16周岁以上在校残疾学生）□非就业年龄段的低保和低收入家庭听力残疾人□0-14周岁残疾儿童□非就业年龄段的非低保和非低收入家庭听力残疾人 |
| 上次申请补贴种类 时间  |
| 申请补贴种类 | □通用型 | □体类辅具（肢体类一级二级）□肢体类辅具（肢体类三级四级）□听力类辅具□视力类辅具 □精神、智力类辅具 |
| □特殊型 | □护理□助行 □整上肢、整下肢假肢□上肢前臂、下肢小腿假肢 □成人矫形器□儿童肢体类（矫形器）□儿童肢体类（其他）□听力类（助听器）□儿童定制轮椅 |
| 定点机构选择 | 假肢、矫形器适配服务 | □德林义肢康复器材（上海）有限公司□无锡精博康复辅具有限公司□无锡和诚残疾人辅助器具有限公司□无锡市邦尼康复器具有限公司□无锡双健假肢与矫形器有限公司 |
| 助听器适配服务 | □南京立聪堂听觉康复有限公司、□无锡市爱听医疗器械有限公司、□无锡市怡和医疗器械有限公司、□江阴英智澄江康复医院有限公司、□无锡和诚残疾人辅助器具有限公司 |
| 定点机构选择 | 其他辅助器具的适配服务(含评估) | □无锡市怡和医疗器械有限公司、□无锡和诚残疾人辅助器具有限公司、□无锡市邦尼康复器具有限公司 |
| 审核 | 村（社区）初审意见： 经办人：年 月 日 | 乡镇（街道）复审：经办人：年 月 日 |
| 评估 | 评估意见： 评估机构盖章：评估人： 年 月 日 |
| 审批 | 市（县）区残联审批意见：经审核批准，提供元的适配救助。经办人：市（县）区残联盖章：年 月 日 | 市残联审批意见：经审核批准，提供元的适配救助。经办人：市残联盖章：年 月 日 |
| 辅具适配 | 适配辅具名称： |
| 适配辅具价格： | 补贴费用： | 自费： |
| 适配意见：适配机构盖章：年 月 日 | 辅具领取人或受益残疾人签字：满意度：□非常满意□一般□不满意年 月 日 |

**备注：监护人或联系人一栏申请人为未成年人或者精神、智力残疾人填监护人。**

附件29

**无锡市惠山区残疾人机动轮椅车燃油(能源)补贴申请审批表**（年度）

编号

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |  | 性  别 |  | 照片 |
| 年  龄 |  | 民  族 |  |
| 身份证号 |  |
| 残疾证号 |  |
| 户籍类型 | 农业  非农业 | 邮政编码 |  |
| 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  |
| 机动轮椅车品牌 |  | 机动轮椅车型号 |  |
| 机动轮椅车发票号或证明号 |  | 机动轮椅车购买年份 |  |
| 机动轮椅车车架号码 |  |
| 本人银行卡号 |  |
| 身份证、残疾人证、购车凭证（准驾证）复印件粘贴处（可贴表格背面） |
| 本人承诺：本人符合补贴申请条件且所填信息真实准确。若有违背，本人无条件退还已发补贴，并承担责任。申请人签名： 年    月   日 |
| 村（社区）现场经办人：镇（街道）残联领导签章：镇（街道）残联盖章年月日 |
| 区残联经办人：               年   月   日 | 区残联审批人签名：              年   月   日 |

附件30

无锡市低收入残疾人家庭无障碍改造申请审批表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 联系电话 |  |
| 残疾证号 |  | 残疾等级：□一级 □二级 □三级 □四级 |
| 家庭住址 |  |
| 基本情况 | 障碍原因：□外伤 □疾病 □先天 □药物 □老年人 □其他 |
| 障碍类型：1.肢体：□脑瘫 □偏瘫 □截瘫 □截肢 □儿麻 □其他2.视力：□盲 □低视力 3.言语□4.听力□5.精神□ 6.智力□ 7.多重□ |
| 备注： |
| 主要障碍问题 | 活 动 困 难： □蹲 □坐 □站 □长距离步行 □短距离步行 □室内活动□转移(床→椅) □其他生活自理困难：□刷牙 □梳头、剃须 □穿衣 □如厕 □进食 □喝水□洗澡 □其他 |
| 居家环境改造项目 | 厨 房：□抽烟机 □灶台 □定制橱柜 □地面防滑处理 □无障碍语音产品□其他卫生间：□蹲便改坐便 □一字扶手 □L扶手 □地面防滑处理 □马桶架□其他客 厅：□扶手架 □无障碍面板 □无障碍开关 □无障碍插座 □其他卧 室：□呼叫装置 □定制衣柜 □无障碍面板 □无障碍开关 □无障碍插座 □其他出入口：□坡道 □铺设盲道或提示盲道 □其他其 他： |
| 评估结论 | □适合居家无障碍环境改造□不适合居家无障碍环境改造（□建筑结构不允许 □人为原因） |
| 申请人签字： 年 月 日  |  评估审核人员签名：年 月 日 |
| 服务机构负责人签名：  年 月 日 | 市（县）、区残联意见 （盖章）年 月 日 |
| 备注 |  |

附件31

中华人民共和国残疾人证申请表

江苏省无锡市惠山区

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人基本情况 | 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 婚否 |  | 贴照片处（两寸近期免冠白底彩照） |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  | 文化程度 |  |
| 身份证号 |  |
| 户籍地址 |  乡（镇、街道） 村（社区） |
| 现住址 |  乡（镇、街道） 村（社区） |
| 邮 编 |  | 联系电话 |  |
| 联系人 | 姓 名 |  | 与申请人关系 |  |
| 联系电话 |  |
| 申请类型 | □新申请 □换领申请 □补办申请 |
| 申请类别 | □视力 □听力 □言语 □肢体 □智力 □精神 |
| 申请人或委托人签名 |  |

受理人签名： 受理时间： 年 月 日