附件 2

**封面：**

河南省残疾人精准康复

服务手册

**封二：**

# 河南省残疾人精准康复服务手册

小二寸彩 照

服务手册使用说明

1.本手册包括残疾人基本信息、康复需求评估与转介记录和康复服务情况记录。

2.本手册由残疾人或其监护人妥善保管，不得转借他人，遗失请及时补办。

 残疾人联合会（盖章）

**第一页：**

残疾人基本信息

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 民 族 |  | 电 话 |  |
| 家庭住址 | 市 县 乡镇（街道） 村 |
| 监护人姓名 |  | 电话 |  | 与残疾人联系 |  |
| 残疾类别 | 视力□ 听力□ 肢体□ 智力□ 精神□（多重残疾可多选） |
| 残疾等级 | 一级□ 二级□ 三级□ 四级□ 未定级□ |
| 身份证号 |  |
| 残疾人证号（持证必填） |  |

注：1.本页由社区康复协调员填写；2.非持证残疾儿童可不填写残疾人证号。

**第二页至第六页：**

康复需求评估与转介记录

|  |
| --- |
| 康复需求：是否需要转介：是□ 否□转介至： （机构） （机构） 评估机构名称： 评估人： 评估时间： 年 月 日  |

注： 1．“康复需求”参照《河南省残疾人基本康复服务目录》中的服务项目填写；

2．“转介至（机构）”依据本县确定的残疾人精准康复定点评估机构和康复机构填写相应的机构名称；

3．本页由评估机构填写。

**第七页至第十六页：**

康复服务情况记录

|  |
| --- |
| 服务项目：服务频次：服务周期： 年 月 日 于 年 月 日服务机构名称：服务人员签字： 残疾人或监护人签字： 日期： 年 月 日 |

注：1.“服务项目”：参照《河南省残疾人基本康复服务目录》中的服务项目填写；

2.“服务频次”：指残疾人实际接受服务的频率及每次服务持续的时间；“服务周期”：至残疾人接受“服务项目”所注明服务的实际起止时间。

3. 本页由康复服务机构填写，残疾人或监护人在其接受服务后须在相应栏签字确认。

 **第十七页：河南省残疾人基本康复服务目录**

**封三：**

**封底：**