附件2

连云港市工伤保险协议康复机构申请表

申请单位：

填表日期：

连云港市社会保险管理中心 制定

填写说明

一、医疗机构向社会保险经办机构提交本申请表时，需附以下书面材料，材料可提供复印件、扫描件（加盖公章）：

1.《医疗机构执业许可证》（或《军队对外有偿服务许可证》）副本原件及复印件；盈利性医疗机构需同时提供《营业执照》或《收费许可证》副本原件及复印件；非盈利性医疗机构需同时提供《事业单位法人登记证书》或《民办非企业单位登记证》副本原件及复印件；

2.医疗机构等级证书原件及复印件、康复资质证明相关材料、等级医院评审（复评）自评报告；

3.康复病（区）房的床位数量及康复业务用房平面布局图等相关证明材料；

4.康复专职医师、康复治疗师、护理人员、心理治疗师和康复工程技师名册；

5.康复专科设备清单；

6.医疗服务场所房产权证明或租赁合同等相关资料原件及复印件；

7.单位职工花名册电子版。

二、本表一式二份，A4纸双面打印, 经办机构和申请单位各一份。

一、告知承诺事项

|  |
| --- |
| 告知内容：  根据《社会保险法》《工伤保险条例》《江苏省实施<工伤保险条例>办法》《江苏省社会保险基金监督条例》等规定，申请单位确认填报和提交的所有信息材料均真实、准确、完整、有效，并授权同意社会保险经办机构通过其他部门、机构、企业查询与承诺相关的信息，用于核实承诺内容的真实性。申请单位如作出不实承诺，将按《社会保险领域严重失信人名单管理暂行办法》规定，列入社会保险严重失信人名单，由相关部门实施联合惩戒，涉及犯罪的移交司法机关处理。 |
| 承诺内容：我单位自愿申请成为连云港市工伤保险协议康复机构，为工伤人员提供合法合规的优质服务，并对以下事项作出承诺：1.已认真阅读以上告知内容，已知晓相关规定，承诺申请表内容及提交的材料真实有效，本单位一年内无社保、医疗、卫健、市场监督管理等部门违规处罚记录，未发生重大医疗质量安全事件。2.如签订服务协议，承诺严格按照工伤保险规定和协议要求，规范提供服务，如有违规行为，将承担相应责任;承诺接受社会保险经办机构的信息化管理，根据要求配备相应的信息设备，并于60日内完成信息系统接口改造、验收，实现工伤康复费用联网结算。 单 位 公 章：  法定代表人（签章）：  承 诺 日 期： 年 月 日 |

二、单位基本情况

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单 位 全 称 | |  | | | |
| 执业许可证号 | |  | | | |
| 执业地址 | |  | | 邮 政 编 码 |  |
| 医疗机构类别 | |  | | 编制床位数 |  |
| 所有制形式 | |  | | 经 营 性 质 | 营利□ 非营利□ |
| 医 院 等 级 | |  | | 康复医疗用房  建 筑 面 积 | ㎡ |
| 单 位 银 行  账 号 信 息 | | 银 行 名 称 | | 银行 支行（分行） | |
| 账 户 户 名 | |  | |
| 开户银行账号 | |  | |
| 法 定 代 表 人 | |  | | 联 系 电 话 |  |
| 业务分管院领导 | |  | | 联 系 电 话 |  |
| 工伤保险联系人 | |  | | 联 系 电 话 |  |
| 职工人数 | | 全部 人 其中：在职 人 其他 人。 | | | |
| 参加社保人数 | | 全部 人 其中：在职 人 其他 人。 | | | |
| 科室配置(已有项打√) | 科室名称 | | □康复科； □理疗科； □其他： 。 | | |
| 康复病床数 | | 张 | | |
| 科室面积 | | 病房区 ㎡；治疗区 ㎡。 | | |
| 康复业务部门设置(已有项打√) | □功能评定室 □理疗室 □运动治疗室 □作业治疗室  □语言治疗室 □心理治疗室 □康复支具室 □其他： 。 | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 康复专科设备(已有项打√) | □评估设备 □运动治疗设备 □理疗设备 □作业治疗设备  □语言治疗设备 □心理治疗设备 □康复工程设备 □其他： 。 | | | | | |
| 康复专业人员配置 | 康复专业人员总人数 | | | 人 | | |
| 医生人数 | 人 | 治疗师人数 | 人 | 护理人数 | 人 |
| 其中： 高级 | 人 | 其中： 高级 | 人 | 其中：高级 | 人 |
| 中级 | 人 | 中级 | 人 | 中级 | 人 |
| 初级 | 人 | 初级 | 人 | 初级 | 人 |
| 心理治疗师  人数 | 人 | 康复工程  技师 | 人 | 其他人员  人数 | 人 |
| 单位简介 |  | | | | | |

三、申报项目及服务能力

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 近3年康复业务情况 | 年均出院人数 | |  | | | 年均门诊人次 | |  | |
| 年均康复治疗技术差错率 | | % | | | 康复设备完好率 | | % | |
| 主要康复科室业务开展介绍 |  | | | | | | | | |
| 康复科室设置情况 | 科室名称 | 床位数 | | 临床医师人数 | 注册护士人数 | | 科室  负责人 | | 业务  范围 |
|  |  | |  |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 康复专科设备清单 | 名称 | 规格 | 产地 | 价格 | 收费标准 | 年业务量  （诊疗人次） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

## 医疗机构康复执业技术人员名册

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 身份证号码 | 执业证编号 | 职称 | 岗位 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申  报  材  料  清  单 | 序号 | 名称 | 说明 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

四、申报、审核意见

|  |  |
| --- | --- |
| 申请工伤康复服务范围（打“√”） | □神经康复 □骨科康复（不含手外伤）  □手康复 □烧伤康复  □心肺康复 □其他：    （单位公章） 年 月 日 |
| 评估小组  初审意见 | 评估人（签章）：  年 月 日 |
| 社会保险经办机构审核意见 | 负责人（签章）：  （单位公章）  年 月 日 |

备注：相关表格页面不足可另附。