附件3

连云港市工伤保险

协议辅助器具配置机构申请表

 申请单位：

申请时间：

## 连云港市社会保险管理中心 制定

填写说明

一、辅助器具配置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.《营业执照》副本原件及复印件；行业主管部门核发的资格证书原件及复印件；纳入医疗器械管理的需同时提供《医疗器械经营许可证》；产品质量检测机构出具的合格质量检测报告；机构法定代表人身份证复印件；

2.辅助器具配置专业技术人员名册、执业资格证书原件及复印件；

3.经营辅助器具目录（包括型号、功能及价格）；

4.服务场所房产权证明或租赁合同、平面布局图等相关资料原件及复印件；

5.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辅助器具配置机构，为工伤职工提供合法合规的优质服务，并作出以下承诺：  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、卫健、市场监督管理等部门违规处罚记录。  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。    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 | |  | | | |
| 执业地址 | |  | | | |
| 执业许可证号 | |  | 有效期 |  | |
| 统一社会信用代码 | |  | 邮政编码 |  | |
| 经营方式 | | 连锁□ 单体□ | | | |
| 生产经营场地面积 | | ㎡ | 注册资金 | 万元 | |
| 法 定 代 表 人 | |  | 联 系 电 话 |  | |
| 业务分管负责人 | |  | 联 系 电 话 |  | |
| 工伤保险联系人 | |  | 联 系 电 话 |  | |
| 经营范围 | |  | | | |
| 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。 | | | |
| 场地设置：(已有项打√) | | □接待咨询室； □假肢取模室； □修模室； □打磨室；  □接受腔制作成形室； □装配室； □功能训练室。 | | | |
| 仪器设备(已有项打√) | | □制作设备； □评估设备； □训练（治疗）设备；  □其他： | | | |
| 专业  人员  配备 | 假肢制作师 | 人 | 假肢装配 | | 人 |
| 矫形器制作师 | 人 | 矫形器装配工 | | 人 |
| 相关从业人员 | 人 | 医疗康复功能训练人员 | | 人 |
| 相关管理人员 | 人 | 其他相关操作人员 | | 人 |

三、申报项目及服务能力

|  |  |
| --- | --- |
| 辅助器具配置服务能力介绍 |  |

注：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简要说明。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 辅助  器具  配置  目录 | 辅具编号 | 辅具名称 | 类型 | 价格 | 功能 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：辅具编号、辅具名称需符合江苏省工伤保险辅助器具配置目录，类型分为假肢、矫形器、生活类辅助器具、其他辅助器具（详见《江苏省工伤保险辅助器具配置目录及最高支付限额（试行）》（苏人社发〔2017〕413号））。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 仪器  设备  清单 | 仪器设备名称 | 型号规格 | 数量 | 使用部门 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

四、申报、审核意见

|  |  |
| --- | --- |
| 申请工伤辅助器具配置服务范围（打“√”） | □假肢 □矫形器  □生活类辅助器具 □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。