附件1

安徽省工伤康复医疗机构资格评估申评表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医疗机构名称（盖章）： | | |
| 法定代表人： | 执业许可证号： | |
| 执业地址： | | |
| 注册地址： | | |
| 联系人： | 电话： | 联系地址：（请打√）  □执业地址；□注册地址 |
| 手机： |
| 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；  □言语吞咽治疗室； □心理治疗室； □康复支具室；  □传统康复治疗室； □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；  □言语治疗设备； □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，  其中：执业医师人数: 人（高级 人，中级 人，初级 人）；  治疗师人数: 人（高级 人，中级 人，初级 人）；  护师人数: 人（高级 人，中级 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；  其中，博士学位人数： 人；硕士学位人数： 人。 | | |
| 近3年康复业务情况：  年出院人数: ； 年门诊人次: ；  年康复治疗技术差错率: % ； 康复设备完好率： % ；  年二级以上医疗事故率: % ； 康复患者随访率： % 。 | | |
| 申报材料清单：(已有项打√)  □《医疗机构执业许可证》《营业执照》（《民办非企业单位登记证书》《事业单位法人证书》）副本及复印件；  □执业医师、护理员名册及各类从业人员执业资格证书及注册证复印件；  □医疗机构科室及床位设置清单、医疗仪器设备清单；  □医疗机构所处地理方位图、房屋权属证书或租房协议书复印件；  □其他：  备注：上述材料均需加盖申请单位公章后提交。 | | |
| 申请机构承诺书：  我机构自愿承担工伤康复服务，申请成为安徽省工伤康复协议医疗机构，并对以下事项作出承诺：  1.承诺知晓申请工伤康复协议医疗机构的相关流程和要求，所提供的材料及证明材料准确、真实、完整、有效。  2.承诺已按安徽省工伤康复协议医疗机构条件比照本机构资质、科室、人员、设备、项目、管理及信息化建设情况，确认达到安徽省工伤康复协议医疗机构条件。  3.承诺本机构自提出申请之日起前三年没有违法违规失信行为以及被卫生健康、药品监管等部门行政处罚或正在接受相关部门调查处理的情况，且未发生过重大、特大医疗安全事件。如提供的材料与事实不符，将承担提供虚假材料所造成的一切后果。  4.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。  申请单位印章：  法定代表人签字：  年 月 日 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 一、治疗场地 |  | |
| 1.康复治疗用房面积 | 面积: ㎡； | |
| 2.康复病床设置 | 康复病床数: 张；  每张病床净使用面积： ㎡。 | |
| 3.康复科要求设在易于功能障碍患者方便抵离的院内处所，住院、门诊部距离＞500m者要分设。 | □是 | □否 |
| 4.康复科建筑设计符合下列要求： | 是否符合要求 | |
| ⑴无障碍设计； | □是 | □否 |
| ⑵安全防护设计； | □是 | □否 |
| ⑶通风良好，有温度、湿度调节装置和音乐背影装置； | □是 | □否 |
| ⑷室内色彩、装饰符合患者心理要求 | □是 | □否 |
| 二、科室设置 | 是否单独设立 | |
| 1.功能评定室 | □是 | □否 |
| 2.理疗室 | □是 | □否 |
| 3.运动治疗室 | □是 | □否 |
| 4.作业治疗室 | □是 | □否 |
| 5.言语吞咽治疗室 | □是 | □否 |
| 6.康复支具室 | □是 | □否 |
| 7.心理治疗室 | □是 | □否 |
| 8.传统康复治疗室 | □是 | □否 |
| 三、人员配备 |  | |
| 1.康复医师 | 人数: 人（高级 人，中级 人，初级 人）。 | |
| 2.治疗师 | 人数: 人（高级 人，中级 人，初级 人）。 | |
| 3.护师 | 人数: 人（高级 人，中级 人，初级 人）。 | |
| 4.心理治疗师 | □有专职人员  □有兼职心理治疗师 □无 | |
| 5.康复工程技师 | □有专职人员  □有兼职康复工程技师 □无 | |
| 6.学历学位 | 博士学位人数： 人；  硕士学位人数： 人。 | |
| 四、设备配置 |  | |
| 1.评估设备 | 是否具备相应设备 | |
| ⑴关节功能和肌肉评定设备 | □是 | □否 |
| ⑵平衡功能评定设备 | □是 | □否 |
| ⑶步态评定设备 | □是 | □否 |
| ⑷认知语言吞咽评定设备 | □是 | □否 |
| ⑸作业评定设备 | □是 | □否 |
| ⑹电生理检查设备 | □是 | □否 |
| ⑺其他 |  | |
| 2.运动治疗 | 是否具备相应设备 | |
| ⑴功能牵引网架 | □是 | □否 |
| ⑵功率自行车 | □是 | □否 |
| ⑶多功能关节被动训练器 | □是 | □否 |
| ⑷电动站立床 | □是 | □否 |
| ⑸训练用扶梯 | □是 | □否 |
| ⑹运动平板仪 | □是 | □否 |
| ⑺减重训练系统 | □是 | □否 |
| ⑻平衡检测训练系统 | □是 | □否 |
| ⑼康复机器人 | □是 | □否 |
| ⑽步态分析 | □是 | □否 |
| ⑾其他 |  | |
| 3.理疗 | 是否具备相应设备 | |
| ⑴低、中、高频治疗仪 | □是 | □否 |
| ⑵光疗治疗仪 | □是 | □否 |
| ⑶超声波治疗机 | □是 | □否 |
| ⑷蜡疗设备 | □是 | □否 |
| ⑸制冰设备 | □是 | □否 |
| ⑹牵引设备 | □是 | □否 |
| ⑺气压循环治疗设备 | □是 | □否 |
| ⑻磁疗治疗设备 | □是 | □否 |
| ⑼其他 |  | |
| 4.作业治疗 | 是否具备相应设备 | |
| ⑴磨砂训练台 | □是 | □否 |
| ⑵拼板、积木、橡皮泥 | □是 | □否 |
| ⑶编织用具 | □是 | □否 |
| ⑷木工、金工用具 | □是 | □否 |
| ⑸ADL训练成套设施 | □是 | □否 |
| ⑹电脑辅助认知训练系统 | □是 | □否 |
| ⑺电脑上肢评定训练系统 | □是 | □否 |
| ⑻其他 |  | |
| 5.言语治疗 | 是否具备相应设备 | |
| ⑴电脑语言检测训练系统 | □是 | □否 |
| ⑵语言测评和治疗成套用具 | □是 | □否 |
| ⑶非语言交流板 | □是 | □否 |
| ⑷吞咽训练仪 | □是 | □否 |
| ⑸其他 |  | |
| 6.心理治疗 | 是否具备相应设备 | |
| 常用的心理测验量表及用具 | □是 | □否 |
| 其他 |  | |
| 7.康复工程 | 是否达标 | |
| 制作临床常用的低温和高温矫形器的设备、器材、材料 | □是 | □否 |
| □与工伤保险辅助器具配置协议机构有合作关系 | |
| 五、服务能力 | 是否独立开展 | |
| （一）独立开展常见工伤康复病种 |  | |
| 1.常见骨折 | □是 | □否 |
| 2.截肢 | □是 | □否 |
| 3.手外伤 | □是 | □否 |
| 4.骨关节疾病（包括运动创伤） | □是 | □否 |
| 5.软组织损伤 | □是 | □否 |
| 6.常见慢性疼痛处理 | □是 | □否 |
| 7.颅脑损伤 | □是 | □否 |
| 8.脊柱脊髓损伤 | □是 | □否 |
| 9.持续性植物状态 | □是 | □否 |
| 10.周围神经损伤 | □是 | □否 |
| 11.烧伤 | □是 | □否 |
| （二）独立开展以下康复诊疗项目 |  | |
| 1.康复评定 |  | |
| ⑴运动功能 | □是 | □否 |
| ⑵平衡与协调功能 | □是 | □否 |
| ⑶步态分析 | □是 | □否 |
| ⑷感知和认知功能 | □是 | □否 |
| ⑸日常自理能力 | □是 | □否 |
| ⑹残疾程度 | □是 | □否 |
| ⑺言语语言功能 | □是 | □否 |
| ⑻吞咽功能 | □是 | □否 |
| ⑼心理测评 | □是 | □否 |
| ⑽心肺功能 | □是 | □否 |
| 2.康复治疗 |  | |
| ⑴物理治疗（包括运动疗法和理疗） | □是 | □否 |
| ⑵作业治疗 | □是 | □否 |
| ⑶中医康复治疗 | □是 | □否 |
| ⑷力量和耐力训练 | □是 | □否 |
| ⑸神经-肌肉促进技术 | □是 | □否 |
| ⑹关节松动技术 | □是 | □否 |
| ⑺平衡/协调训练 | □是 | □否 |
| ⑻转移训练 | □是 | □否 |
| ⑼假肢和矫形器应用和训练 | □是 | □否 |
| ⑽简易压力治疗 | □是 | □否 |
| ⑾言语、吞咽治疗 | □是 | □否 |
| ⑿认知、心理治疗 | □是 | □否 |
| ⒀高压氧治疗 | □是 | □否 |
| 六、康复业务管理情况 |  | |
| 1.业务管理 | 是否符合要求 | |
| ⑴制定建立由院领导参加的康复管理机制 | □是 | □否 |
| ⑵制定并实施工伤康复管理制度 | □是 | □否 |
| ⑶制定并实施康复业务规范和质量控制标准 | □是 | □否 |
| ⑷制定科室中长期发展规划和年度工作计划 | □是 | □否 |
| ⑸业务、信息资料规范管理，保存完整 | □是 | □否 |
| ⑹建立继续教育制度，技术人员均接受康复培训 | □是 | □否 |
| 2.诊疗质量 | 是否符合要求 | |
| ⑴需要门诊康复诊疗的患者能及时得到康复服务 | □是 | □否 |
| ⑵与相关临床科室建立康复协作关系，康复科技术人员能深入临床参与早期康复治疗 | □是 | □否 |
| ⑶为当地社区提供康复转诊、培训、技术指导服务 | □是 | □否 |
| ⑷能够深入患者家庭开展上门康复诊疗服务 | □是 | □否 |
| ⑸信息化建设，具备与工伤保险经办机构进行信息查询和费用结算的网络运行条件 | □是 | □否 |
| 3.康复诊疗水平 |  | |
| ⑴年出院患者人数: | | |
| ⑵年门诊人次: | | |
| ⑶年康复治疗技术差错率: % | | |
| ⑷各类康复设备完好率： % | | |
| ⑸年二级以上医疗事故率: % | | |
| ⑹康复患者随访率： % | | |
| 填表日期： 年 月 日 | | |

附件2

安徽省工伤保险辅助器具配置机构资格评估申评表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 机构名称（盖章）： | | |
| 法定代表人： | 组织机构代码： | |
| 执业地址： | | |
| 注册地址： | | |
| 联系人： | 电话： | 联系地址：（请打√）  □执业地址；□注册地址 |
| 手机： |
| 场地情况：  基本建筑面积: ㎡； 接待室： ㎡；制作室： ㎡；  步态训练室： ㎡； 康复治疗室： ㎡；  客房面积 ㎡； 房间数： 间； 床位数： 张。 | | |
| 从业人员配置：  总人数: 人，  其中：假肢配置人员: 人，生活类辅助器具配置人员: 人，  矫形器配置人员: 人，其他辅助器具（助听器）配置人员: 人；  销售人员： 人，管理人员： 人；  人数: 人（高级 人，中级 人，初级 人）；  其中：获证制作师人数： 人；假肢技校毕业: 人；  高级 人，中级 人，初级 人。 | | |
| 申请服务范围情况介绍：(对申请服务项目已开展的年限、上年度生产经营装配情况、部门设置、设备器材、管理制度、联网结算准备、服务能力等情况进行说明） | | |
|  | | |
| 申报材料清单：(已有项打√)  □《营业执照》《假肢和矫形器(辅助器具)生产装配企业资格认定证书》《医疗器械经营许可证》副本及复印件；  □部门人员花名册及各类从业人员执业资格证书复印件；  □仪器设备清单及所经营辅助器具的质量检测报告；  □营业场所房屋权属证书或租房协议书复印件；  □其他：  备注：上述材料均需加盖申请单位公章后提交。 | | |
| 申请机构承诺书：  我机构自愿承担工伤保险辅助器具配置服务，申请成为安徽省工伤保险辅助器具配置协议机构，并对以下事项作出承诺：  1.承诺知晓申请工伤保险辅助器具配置协议机构的相关流程和要求，所提供的材料及证明材料准确、真实、完整、有效。  2.承诺已按安徽省工伤保险辅助器具配置协议机构条件比照本机构资质、人员、设备、项目、场地、管理及信息化建设情况，确认达到安徽省工伤保险辅助器具配置协议机构条件。  3.承诺本机构自提出申请之日起前三年没有违法违规失信行为以及被卫生健康、药品监管等部门行政处罚或正在接受相关部门调查处理的情况，且未发生过重大、特大药品安全事件。如提供的材料与事实不符，将承担提供虚假材料所造成的一切后果。  4.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。  申请单位印章：  法定代表人签字：  年 月 日 | | |

（1）假肢配置机构资格评估申评表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目 | 内容 | 评估指标 | 是 | 否 |
| 基本  条件 | 执行  政策 | 严格执行国家和本省工伤保险相关政策 | □ | □ |
| 按时足额缴纳社会保险费 | □ | □ |
| 严格执行国家和行业服务规范 | □ | □ |
| 按核准的经营范围从事辅助器具生产配置经营活动 | □ | □ |
| 场地  规划 | 接待检查、产品制作、功能训练等各功能室独立设置、布局合理 | □ | □ |
| 建筑设计体现无障碍、有安全防护设计，符合国家劳动保护、环境保护及消防安全规定 | □ | □ |
| 各功能室面积达到假肢矫形器装配机构服务规范标准 | □ | □ |
| 设备配置 | 测量取型、修型加工、接受腔成型、机械修整、训练器材等设备设施的配备，符合假肢矫形器装配机构服务规范 | □ | □ |
| 人员  配备 | 假肢装配服务人员与本机构依法依规建立劳动关系 | □ | □ |
| 具备执业（职业）资格、且从事配置工作5年（含5年）以上达到2人（含2人） | 人数: | |
| 日常  管理 | 财务  管理 | 制度健全、完善并有效执行 | □ | □ |
| 按要求与社保经办机构结算工伤保险辅助器具配置费用 | □ | □ |
| 质量  管理 | 制度健全、完善并有效执行 | □ | □ |
| 假肢材料、功能符合国家和省工伤保险辅助器具配置目录要求 | □ | □ |
| 假肢零部件来源合法，有国家授权的产品质量检测机构出具的质量合格检测报告，标注生产厂家、产品品牌、型号、材料、功能、出品日期、使用期和保修期等事项 | □ | □ |
| 假肢成品质量符合国家或行业质量标准，有出厂检验合格证 | □ | □ |
| 配置流程符合假肢矫形器装配机构服务规范，妥善保管被更换假肢至服务期满 | □ | □ |
| 档案  管理 | 建立工伤人员假肢配置/更换管理档案，实行一人一档，全过程管理 | □ | □ |
| 工伤人员配置信息档案记载完整并至少保存至服务期限结束之日起5年 | □ | □ |
| 信息化  管理 | 建立信息化管理系统，具备信息查询、与社保经办机构结算费用的网络运行的条件 | □ | □ |
| 服务  能力 | 便捷  措施 | 根据行动不便等工伤人员的特殊需要，视实际情况提供上门配置/更换、送货上门等便捷服务措施 | □ | □ |
| 能够为工伤人员提供国家和省工伤保险辅助器具配置目录范围内、服务协议指定的辅助器具 | □ | □ |
| 设置专线做好政策宣传和解疑，公开服务流程和价目 | □ | □ |
| 配备专人负责日常配置服务事宜 | □ | □ |
| 做好假肢的使用指导并提供售后服务 | □ | □ |
| 建立定期回访制度，及时处理回访中发现的问题 | □ | □ |
| 协议机构及配置服务人员的服务态度良好 | □ | □ |
| 工伤人员满意度 | 满意度: | |
| 填表日期： 年 月 日 | | | | |

（2）矫形器配置机构资格评估申评表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目 | 内容 | 评估指标 | 是 | 否 |
| 基本  条件 | 执行  政策 | 严格执行国家和本省工伤保险相关政策 | □ | □ |
| 按时足额缴纳社会保险费 | □ | □ |
| 严格执行国家和行业服务规范 | □ | □ |
| 按核准的经营范围从事辅助器具生产配置经营活动 | □ | □ |
| 场地  规划 | 接待检查、产品制作、功能训练等各功能室独立设置、布局合理 | □ | □ |
| 建筑设计体现无障碍、有安全防护设计，符合国家劳动保护、环境保护及消防安全规定 | □ | □ |
| 各功能室面积达到假肢矫形器装配机构服务规范标准 | □ | □ |
| 设备  配置 | 测量取型、修型加工、机械修整、训练器材等设备设施的配备，符合假肢矫形器装配机构服务规范 | □ | □ |
| 人员  配备 | 矫形器装配服务人员与本机构依法依规建立劳动关系 | □ | □ |
| 具备执业（职业）资格、且从事配置工作5年（含5年）以上达到2人（含2人） | 人数: | |
| 日常  管理 | 财务  管理 | 制度健全、完善并有效执行 | □ | □ |
| 按要求与社保经办机构结算工伤保险辅助器具配置费用 | □ | □ |
| 质量  管理 | 制度健全、完善并有效执行 | □ | □ |
| 矫形器材料、功能符合国家和省工伤保险辅助器具配置目录要求 | □ | □ |
| 零部件来源合法，有国家授权的产品质量检测机构出具的质量合格检测报告，标注生产厂家、产品品牌、型号、材料、功能、出品日期、使用期和保修期等事项 | □ | □ |
| 矫形器成品质量符合国家或行业质量标准，有出厂检验合格证 | □ | □ |
| 配置流程符合假肢矫形器装配机构服务规范，妥善保管被更换矫形器至服务期满 | □ | □ |
| 档案  管理 | 建立工伤人员矫形器配置/更换管理档案，实行一人一档，全过程管理 | □ | □ |
| 工伤人员配置信息档案记载完整并至少保存至服务期限结束之日起5年 | □ | □ |
| 信息化  管理 | 建立信息化管理系统，具备信息查询、与社保经办机构结算费用的网络运行的条件 | □ | □ |
| 服务  能力 | 便捷  措施 | 根据行动不便等工伤人员的特殊需要，视实际情况提供上门配置/更换、送货上门等便捷服务措施 | □ | □ |
| 能够为工伤人员提供国家和省工伤保险辅助器具配置目录范围内、服务协议指定的辅助器具 | □ | □ |
| 设置专线做好政策宣传和解疑，公开服务流程和价目 | □ | □ |
| 配备专人负责日常配置服务事宜 | □ | □ |
| 做好矫形器的使用指导并提供售后服务 | □ | □ |
| 建立定期回访制度，及时处理回访中发现的问题 | □ | □ |
| 协议机构及配置服务人员的服务态度良好 | □ | □ |
| 工伤人员满意度 | 满意度: | |
| 填表日期： 年 月 日 | | | | |

　　（3）生活类辅助器具配置机构资格评估申评表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目 | 内容 | 评估指标 | 是 | 否 |
| 基本  条件 | 执行  政策 | 严格执行国家和本省工伤保险相关政策 | □ | □ |
| 按时足额缴纳社会保险费 | □ | □ |
| 严格执行国家和行业服务规范 | □ | □ |
| 按核准的经营范围从事辅助器具生产配置经营活动 | □ | □ |
| 场地  规划 | 门店分布合理，基本覆盖全省各市 | □ | □ |
| 门店场地面积不得低于80㎡，辅具产品陈列布局合理 | □ | □ |
| 建筑设计体现无障碍、有安全防护设计，符合国家劳动保护、环境保护及消防安全规定 | □ | □ |
| 人员  配备 | 服务人员与本机构依法依规建立劳动关系 | □ | □ |
| 每一门店配备服务人员不少于2人，服务人员了解产品性能、熟悉安装使用流程等业务 | 人数: | |
| 日常  管理 | 财务  管理 | 制度健全、完善并有效执行 | □ | □ |
| 按要求与社保经办机构结算工伤保险辅助器具配置费用 | □ | □ |
| 质量  管理 | 制度健全、完善并有效执行 | □ | □ |
| 辅具产品材料、功能符合国家和省工伤保险辅助器具配置目录要求 | □ | □ |
| 辅具产品来源合法，质量符合国家或行业质量标准，有国家授权的产品质量检测机构出具的质量合格检测报告，标注生产厂家、产品品牌、型号、材料、功能、出品日期、使用期和保修期等事项 | □ | □ |
| 档案  管理 | 建立工伤人员生活类辅助器具配置/更换管理档案，实行一人一档，全过程管理 | □ | □ |
| 工伤人员配置信息档案记载完整并至少保存至服务期限结束之日起5年 | □ | □ |
| 信息化  管理 | 建立信息化管理系统，具备信息查询、与社保经办机构结算费用的网络运行的条件 | □ | □ |
| 服务  能力 | 便捷  措施 | 根据行动不便等工伤人员的特殊需要，提供上门配置/更换、送货上门等便捷服务措施 | □ | □ |
| 能够为工伤人员提供国家和省工伤保险辅助器具配置目录范围内、服务协议指定的辅助器具 | □ | □ |
| 设置专线做好政策宣传和解疑，公开服务流程和价目 | □ | □ |
| 配备专人负责日常配置服务事宜 | □ | □ |
| 做好生活类辅助器具的使用指导并提供售后服务 | □ | □ |
| 建立定期回访制度，及时处理回访中发现的问题 | □ | □ |
| 协议机构及配置服务人员的服务态度良好 | □ | □ |
| 工伤人员满意度 | 满意度: | |
| 填表日期： 年 月 日 | | | | |

（4）其他辅助器具（助听器）配置机构资格评估申评表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目 | 内容 | 评估指标 | 是 | 否 |
| 基本  条件 | 执行  政策 | 严格执行国家和本省工伤保险相关政策 | □ | □ |
| 按时足额缴纳社会保险费 | □ | □ |
| 严格执行国家和行业服务规范 | □ | □ |
| 按核准的经营范围从事辅助器具生产配置经营活动 | □ | □ |
| 场地  规划 | 诊断、测听、耳膜、指导、验配等各功能室独立设置、布局合理，符合国家劳动保护、环境保护及消防安全规定 | □ | □ |
| 各功能室面积、噪音达到国家或行业服务规范标准 | □ | □ |
| 设备  配置 | 听觉检查、测听和助听器验配、耳模制作等设备符合国家或行业服务规范 | □ | □ |
| 人员  配备 | 助听器配置服务人员与本机构依法依规建立劳动关系 | □ | □ |
| 具备执业（职业）资格、且从事配置工作5年（含5年）以上达到2人（含2人） | 人数: | |
| 日常  管理 | 财务  管理 | 制度健全、完善并有效执行 | □ | □ |
| 按要求与社保经办机构结算工伤保险辅助器具配置费用 | □ | □ |
| 质量  管理 | 制度健全、完善并有效执行 | □ | □ |
| 助听器材料、功能符合国家和省工伤保险辅助器具配置目录要求 | □ | □ |
| 零部件来源合法，有国家授权的产品质量检测机构出具的质量合格检测报告，标注生产厂家、产品品牌、型号、材料、功能、出品日期、使用期和保修期等事项 | □ | □ |
| 助听器产品质量符合国家或行业质量标准，有出厂检验合格证 | □ | □ |
| 按服务规范配置，妥善保管被更换助听器至服务期满 | □ | □ |
| 档案  管理 | 建立工伤人员助听器配置/更换管理档案，实行一人一档，全过程管理 | □ | □ |
| 工伤人员配置信息档案记载完整并至少保存至服务期限结束之日起5年 | □ | □ |
| 信息化  管理 | 建立信息化管理系统，具备信息查询、与社保经办机构结算费用的网络运行的条件 | □ | □ |
| 服务  能力 | 便捷  措施 | 根据行动不便等工伤人员的特殊需要，提供上门配置/更换、送货上门等便捷服务措施 | □ | □ |
| 能够为工伤人员提供国家和省工伤保险辅助器具配置目录范围内、服务协议指定的辅助器具 | □ | □ |
| 设置专线做好政策宣传和解疑，公开服务流程和价目 | □ | □ |
| 配备专人负责日常配置服务事宜 | □ | □ |
| 做好助听器的使用指导并提供售后服务 | □ | □ |
| 建立定期回访制度，及时处理回访中发现的问题 | □ | □ |
| 协议机构及配置服务人员的服务态度良好 | □ | □ |
| 工伤人员满意度 | 满意度: | |
| 填表日期： 年 月 日 | | | | |

附件3

评估申请咨询电话

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 属地 | 联系方式 |
| 1 | 合肥市 | 0551-63536493 |
| 2 | 淮北市 | 0561-3038763 |
| 3 | 亳州市 | 0558-5132323 |
| 4 | 宿州市 | 0557-3066736 |
| 5 | 蚌埠市 | 0552-2086133 |
| 6 | 阜阳市 | 0558-2293158 |
| 7 | 淮南市 | 0554-6673291 |
| 8 | 滁州市 | 0550-3037644 |
| 9 | 六安市 | 0564-3376073 |
| 10 | 马鞍山市 | 0555-2366913 |
| 11 | 芜湖市 | 0553-3991152 |
| 12 | 宣城市 | 0563-2831270 |
| 13 | 铜陵市 | 0562-2126829 |
| 14 | 池州市 | 0566-3291932 |
| 15 | 安庆市 | 0556-5897021 |
| 16 | 黄山市 | 0559-2333579 |
| 17 | 省人力资源社会保障厅 | 0551-62633921 |