**康复辅助器具及矫治手术需求初筛总表**

**填表单位（公章）: 扎哈塔拉 填报时间：2022年5月25日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本**  **情况** | **姓 名** | **刘月** | | **性 别** | **男☑女□** | **民 族** | | **汉族** |
| **身 高** | **169** | **体 重** | | **147** | **居住情况** | | **□独居 □同居**  **□机构 □其他** |
| **身份证号** | **152326196502281175** | | | | **本人电话** | |  |
| **残疾证号** | **15232619650228117521** | | | | **监护人电话** | | **13947527959** |
| **个人情况** | **□低保对象 ☑特困人员 □低收入家庭 □其他** | | | | | | |
| **详细住址** |  | | | | | | |
| **残疾**  **类别** | **□视力残疾:□盲 □低视力 □眼球摘除**  **☑听力残疾**  **□智力残疾**  **□肢体残疾:□肢体畸形 □偏瘫 □截瘫 □脑瘫 □儿麻 □截肢**  **□言语残疾**  **□精神残疾**  **□多重残疾（注明各残疾类别）：** | | | | | | | |
| **辅具及手术需求情况** | **□手术矫治------请如实填报附表1**  **□假肢----------请如实填报附表2**  **□矫形器--------请如实填报附表3**  **□假眼----------请如实填报附表4 （眼球摘除后可装配）** | | | | | | | |
| **□轮椅----------请如实填报附表5**  **□助行器--------请如实填报附表6**  **□座便椅--------请如实填报附表7**  **□转移类辅具----请如实填报附表8**  **□洗浴椅--------请如实填报附表9**  **□助视类--------请如实填报附表10**  **□护理床--------请如实填报附表11（本人住房卧室需有足够放置使用空间）** | | | | | | | |
| **□防压疮垫------请如实填报附表12**  **☑助听器--------请如实填报附表13**  **□生活自助具----请如实填报附表14** | | | | | | | |
| **其他辅具需求：** | | | | | | | |
| **本人或监护人签字** | |  | | | **填表人签字** | |  | |

**填报说明：该表为总表，每人必须填报总表和其对应附表，由基层工作人员如实填报 。**

**康复辅助器具及矫治手术需求初筛总表**

**填表单位（公章）: 扎哈塔拉 填报时间：2022年5月25日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本**  **情况** | **姓 名** | **刘振友** | | **性 别** | **男☑女□** | **民 族** | | **汉** |
| **身 高** | **170** | **体 重** | | **135** | **居住情况** | | **□独居 ☑同居**  **□机构 □其他** |
| **身份证号** | **15232619680925119X** | | | | **本人电话** | | **15540044271** |
| **残疾证号** | **15232619680925119X42** | | | | **监护人电话** | | **15144835988** |
| **个人情况** | **□低保对象 ☑特困人员 □低收入家庭 □其他** | | | | | | |
| **详细住址** |  | | | | | | |
| **残疾**  **类别** | **□视力残疾:□盲 □低视力 □眼球摘除**  **□听力残疾**  **□智力残疾**  **☑肢体残疾:☑肢体畸形 □偏瘫 □截瘫 □脑瘫 ☑儿麻 □截肢**  **□言语残疾**  **□精神残疾**  **□多重残疾（注明各残疾类别）：** | | | | | | | |
| **辅具及手术需求情况** | **□手术矫治------请如实填报附表1**  **□假肢----------请如实填报附表2**  **□矫形器--------请如实填报附表3**  **□假眼----------请如实填报附表4 （眼球摘除后可装配）** | | | | | | | |
| **☑轮椅----------请如实填报附表5**  **□助行器--------请如实填报附表6**  **□座便椅--------请如实填报附表7**  **□转移类辅具----请如实填报附表8**  **□洗浴椅--------请如实填报附表9**  **□助视类--------请如实填报附表10**  **□护理床--------请如实填报附表11（本人住房卧室需有足够放置使用空间）** | | | | | | | |
| **□防压疮垫------请如实填报附表12**  **□助听器--------请如实填报附表13**  **□生活自助具----请如实填报附表14** | | | | | | | |
| **其他辅具需求：** | | | | | | | |
| **本人或监护人签字** | |  | | | **填表人签字** | |  | |

**填报说明：该表为总表，每人必须填报总表和其对应附表，由基层工作人员如实填报 。**

**康复辅助器具及矫治手术需求初筛总表**

**填表单位（公章）: 扎哈塔拉 填报时间：2022年5月25日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本**  **情况** | **姓 名** | **于淑兰** | | **性 别** | **男□女□** | **民 族** | | **汉** |
| **身 高** | **154** | **体 重** | | **101** | **居住情况** | | **☑独居 □同居**  **□机构 □其他** |
| **身份证号** | **152326193610121183** | | | | **本人电话** | | **13087165045** |
| **残疾证号** | **15232619361012118344** | | | | **监护人电话** | | **13087165045** |
| **个人情况** | **☑低保对象 □特困人员 □低收入家庭 □其他** | | | | | | |
| **详细住址** |  | | | | | | |
| **残疾**  **类别** | **□视力残疾:□盲 □低视力 □眼球摘除**  **□听力残疾**  **□智力残疾**  **☑肢体残疾:☑肢体畸形 □偏瘫 □截瘫 □脑瘫 □儿麻 □截肢**  **□言语残疾**  **□精神残疾**  **□多重残疾（注明各残疾类别）：** | | | | | | | |
| **辅具及手术需求情况** | **□手术矫治------请如实填报附表1**  **□假肢----------请如实填报附表2**  **□矫形器--------请如实填报附表3**  **□假眼----------请如实填报附表4 （眼球摘除后可装配）** | | | | | | | |
| **□轮椅----------请如实填报附表5**  **□助行器--------请如实填报附表6**  **☑座便椅--------请如实填报附表7**  **□转移类辅具----请如实填报附表8**  **□洗浴椅--------请如实填报附表9**  **□助视类--------请如实填报附表10**  **□护理床--------请如实填报附表11（本人住房卧室需有足够放置使用空间）** | | | | | | | |
| **□防压疮垫------请如实填报附表12**  **□助听器--------请如实填报附表13**  **□生活自助具----请如实填报附表14** | | | | | | | |
| **其他辅具需求：** | | | | | | | |
| **本人或监护人签字** | |  | | | **填表人签字** | |  | |

**填报说明：该表为总表，每人必须填报总表和其对应附表，由基层工作人员如实填报 。**

**康复辅助器具及矫治手术需求初筛总表**

**填表单位（公章）: 扎哈塔拉 填报时间：2022年5月25日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本**  **情况** | **姓 名** | **包美荣** | | **性 别** | **男□女☑** | **民 族** | | **蒙** |
| **身 高** | **158** | **体 重** | | **110** | **居住情况** | | **☑独居 □同居**  **□机构 □其他** |
| **身份证号** | 152326193710011184 | | | | **本人电话** | |  |
| **残疾证号** | 15232619371001118411 | | | | **监护人电话** | | **13614852282** |
| **个人情况** | **☑低保对象 □特困人员 □低收入家庭 □其他** | | | | | | |
| **详细住址** |  | | | | | | |
| **残疾**  **类别** | **□视力残疾:☑盲 □低视力 □眼球摘除**  **□听力残疾**  **□智力残疾**  **□肢体残疾:□肢体畸形 □偏瘫 □截瘫 □脑瘫 □儿麻 □截肢**  **□言语残疾**  **□精神残疾**  **□多重残疾（注明各残疾类别）：** | | | | | | | |
| **辅具及手术需求情况** | **□手术矫治------请如实填报附表1**  **□假肢----------请如实填报附表2**  **□矫形器--------请如实填报附表3**  **□假眼----------请如实填报附表4 （眼球摘除后可装配）** | | | | | | | |
| **□轮椅----------请如实填报附表5**  **□助行器--------请如实填报附表6**  **□座便椅--------请如实填报附表7**  **□转移类辅具----请如实填报附表8**  **☑洗浴椅--------请如实填报附表9**  **□助视类--------请如实填报附表10**  **□护理床--------请如实填报附表11（本人住房卧室需有足够放置使用空间）** | | | | | | | |
| **□防压疮垫------请如实填报附表12**  **□助听器--------请如实填报附表13**  **□生活自助具----请如实填报附表14** | | | | | | | |
| **其他辅具需求：** | | | | | | | |
| **本人或监护人签字** | |  | | | **填表人签字** | |  | |

**填报说明：该表为总表，每人必须填报总表和其对应附表，由基层工作人员如实填报 。**

**康复辅助器具及矫治手术需求初筛总表**

**填表单位（公章）: 扎哈塔拉 填报时间：2022年5月25日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本**  **情况** | **姓 名** | **李静文** | | **性 别** | **男□女☑** | **民 族** | | **汉** |
| **身 高** | **154** | **体 重** | | **112** | **居住情况** | | **☑独居 □同居**  **□机构 □其他** |
| **身份证号** | **152326193812251189** | | | | **本人电话** | |  |
| **残疾证号** | **15232619381225118943** | | | | **监护人电话** | | **15771508535** |
| **个人情况** | **☑低保对象 □特困人员 □低收入家庭 □其他** | | | | | | |
| **详细住址** |  | | | | | | |
| **残疾**  **类别** | **□视力残疾:□盲 □低视力 □眼球摘除**  **□听力残疾**  **□智力残疾**  **☑肢体残疾:☑肢体畸形 □偏瘫 □截瘫 □脑瘫 □儿麻 □截肢**  **□言语残疾**  **□精神残疾**  **□多重残疾（注明各残疾类别）：** | | | | | | | |
| **辅具及手术需求情况** | **□手术矫治------请如实填报附表1**  **□假肢----------请如实填报附表2**  **□矫形器--------请如实填报附表3**  **□假眼----------请如实填报附表4 （眼球摘除后可装配）** | | | | | | | |
| **☑轮椅----------请如实填报附表5**  **□助行器--------请如实填报附表6**  **□座便椅--------请如实填报附表7**  **□转移类辅具----请如实填报附表8**  **□洗浴椅--------请如实填报附表9**  **□助视类--------请如实填报附表10**  **□护理床--------请如实填报附表11（本人住房卧室需有足够放置使用空间）** | | | | | | | |
| **□防压疮垫------请如实填报附表12**  **□助听器--------请如实填报附表13**  **□生活自助具----请如实填报附表14** | | | | | | | |
| **其他辅具需求：** | | | | | | | |
| **本人或监护人签字** | |  | | | **填表人签字** | |  | |

**填报说明：该表为总表，每人必须填报总表和其对应附表，由基层工作人员如实填报 。**

**康复辅助器具及矫治手术需求初筛总表**

**填表单位（公章）: 扎哈塔拉 填报时间：2022年5月25日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本**  **情况** | **姓 名** | **曹福** | | **性 别** | **男☑女□** | **民 族** | | **汉** |
| **身 高** | **174** | **体 重** | | **131** | **居住情况** | | **☑独居 □同居**  **□机构 □其他** |
| **身份证号** | **152326194006261176** | | | | **本人电话** | |  |
| **残疾证号** | **15232619400626117624** | | | | **监护人电话** | | **15771508535** |
| **个人情况** | **□低保对象 □特困人员 □低收入家庭 □其他** | | | | | | |
| **详细住址** |  | | | | | | |
| **残疾**  **类别** | **□视力残疾:□盲 □低视力 □眼球摘除**  **☑听力残疾**  **□智力残疾**  **□肢体残疾:□肢体畸形 □偏瘫 □截瘫 □脑瘫 □儿麻 □截肢**  **□言语残疾**  **□精神残疾**  **□多重残疾（注明各残疾类别）：** | | | | | | | |
| **辅具及手术需求情况** | **□手术矫治------请如实填报附表1**  **□假肢----------请如实填报附表2**  **□矫形器--------请如实填报附表3**  **□假眼----------请如实填报附表4 （眼球摘除后可装配）** | | | | | | | |
| **□轮椅----------请如实填报附表5**  **□助行器--------请如实填报附表6**  **□座便椅--------请如实填报附表7**  **□转移类辅具----请如实填报附表8**  **□洗浴椅--------请如实填报附表9**  **□助视类--------请如实填报附表10**  **□护理床--------请如实填报附表11（本人住房卧室需有足够放置使用空间）** | | | | | | | |
| **□防压疮垫------请如实填报附表12**  **☑助听器--------请如实填报附表13**  **□生活自助具----请如实填报附表14** | | | | | | | |
| **其他辅具需求：** | | | | | | | |
| **本人或监护人签字** | |  | | | **填表人签字** | |  | |

**填报说明：该表为总表，每人必须填报总表和其对应附表，由基层工作人员如实填报 。**

**康复辅助器具及矫治手术需求初筛总表**

**填表单位（公章）: 扎哈塔拉 填报时间：2022年5月25日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本**  **情况** | **姓 名** | **马玉坤** | | **性 别** | **男☑女□** | **民 族** | |  |
| **身 高** | **168** | **体 重** | | **120** | **居住情况** | | **□独居 ☑同居**  **□机构 □其他** |
| **身份证号** | **152326194007191173** | | | | **本人电话** | | **15004968546** |
| **残疾证号** | **15232619400719117343** | | | | **监护人电话** | | **15004968546** |
| **个人情况** | **☑低保对象 □特困人员 □低收入家庭 □其他** | | | | | | |
| **详细住址** |  | | | | | | |
| **残疾**  **类别** | **□视力残疾:□盲 □低视力 □眼球摘除**  **□听力残疾**  **□智力残疾**  **☑肢体残疾:☑肢体畸形 □偏瘫 □截瘫 □脑瘫 □儿麻 □截肢**  **□言语残疾**  **□精神残疾**  **□多重残疾（注明各残疾类别）：** | | | | | | | |
| **辅具及手术需求情况** | **□手术矫治------请如实填报附表1**  **□假肢----------请如实填报附表2**  **□矫形器--------请如实填报附表3**  **□假眼----------请如实填报附表4 （眼球摘除后可装配）** | | | | | | | |
| **□轮椅----------请如实填报附表5**  **□助行器--------请如实填报附表6**  **□座便椅--------请如实填报附表7**  **□转移类辅具----请如实填报附表8**  **□洗浴椅--------请如实填报附表9**  **□助视类--------请如实填报附表10**  **□护理床--------请如实填报附表11（本人住房卧室需有足够放置使用空间）** | | | | | | | |
| **□防压疮垫------请如实填报附表12**  **□助听器--------请如实填报附表13**  **□生活自助具----请如实填报附表14** | | | | | | | |
| **其他辅具需求：** | | | | | | | |
| **本人或监护人签字** | |  | | | **填表人签字** | |  | |

**填报说明：该表为总表，每人必须填报总表和其对应附表，由基层工作人员如实填报 。**

**康复辅助器具及矫治手术需求初筛总表**

**填表单位（公章）: 扎哈塔拉 填报时间：2022年5月25日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本**  **情况** | **姓 名** | **宋悦** | | **性 别** | **男☑女□** | **民 族** | | **汉** |
| **身 高** | **170** | **体 重** | | **123** | **居住情况** | | **☑独居 □同居**  **□机构 □其他** |
| **身份证号** | **152326194505311174** | | | | **本人电话** | | **13084750390** |
| **残疾证号** | **15232619450531117421** | | | | **监护人电话** | | **13084750390** |
| **个人情况** | **☑低保对象 □特困人员 □低收入家庭 □其他** | | | | | | |
| **详细住址** |  | | | | | | |
| **残疾**  **类别** | **□视力残疾:□盲 □低视力 □眼球摘除**  **☑听力残疾**  **□智力残疾**  **□肢体残疾:□肢体畸形 □偏瘫 □截瘫 □脑瘫 □儿麻 □截肢**  **□言语残疾**  **□精神残疾**  **□多重残疾（注明各残疾类别）：** | | | | | | | |
| **辅具及手术需求情况** | **□手术矫治------请如实填报附表1**  **□假肢----------请如实填报附表2**  **□矫形器--------请如实填报附表3**  **□假眼----------请如实填报附表4 （眼球摘除后可装配）** | | | | | | | |
| **□轮椅----------请如实填报附表5**  **□助行器--------请如实填报附表6**  **□座便椅--------请如实填报附表7**  **□转移类辅具----请如实填报附表8**  **□洗浴椅--------请如实填报附表9**  **□助视类--------请如实填报附表10**  **□护理床--------请如实填报附表11（本人住房卧室需有足够放置使用空间）** | | | | | | | |
| **□防压疮垫------请如实填报附表12**  **☑助听器--------请如实填报附表13**  **□生活自助具----请如实填报附表14** | | | | | | | |
| **其他辅具需求：** | | | | | | | |
| **本人或监护人签字** | |  | | | **填表人签字** | |  | |

**填报说明：该表为总表，每人必须填报总表和其对应附表，由基层工作人员如实填报 。**

**康复辅助器具及矫治手术需求初筛总表**

**填表单位（公章）: 扎哈塔拉 填报时间：2022年5月25日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本**  **情况** | **姓 名** | **冯振清** | | **性 别** | **男☑女□** | **民 族** | | **汉** |
| **身 高** | **176** | **体 重** | | **163** | **居住情况** | | **☑独居 □同居**  **□机构 □其他** |
| **身份证号** | **152326195007181172** | | | | **本人电话** | | **13087179087** |
| **残疾证号** | **15232619500718117244** | | | | **监护人电话** | | **15114732766** |
| **个人情况** | **☑低保对象 □特困人员 □低收入家庭 □其他** | | | | | | |
| **详细住址** |  | | | | | | |
| **残疾**  **类别** | **□视力残疾:□盲 □低视力 □眼球摘除**  **□听力残疾**  **□智力残疾**  **☑肢体残疾:☑肢体畸形 □偏瘫 □截瘫 □脑瘫 □儿麻 □截肢**  **□言语残疾**  **□精神残疾**  **□多重残疾（注明各残疾类别）：** | | | | | | | |
| **辅具及手术需求情况** | **□手术矫治------请如实填报附表1**  **□假肢----------请如实填报附表2**  **□矫形器--------请如实填报附表3**  **□假眼----------请如实填报附表4 （眼球摘除后可装配）** | | | | | | | |
| **□轮椅----------请如实填报附表5**  **□助行器--------请如实填报附表6**  **□座便椅--------请如实填报附表7**  **□转移类辅具----请如实填报附表8**  **☑洗浴椅--------请如实填报附表9**  **□助视类--------请如实填报附表10**  **□护理床--------请如实填报附表11（本人住房卧室需有足够放置使用空间）** | | | | | | | |
| **□防压疮垫------请如实填报附表12**  **□助听器--------请如实填报附表13**  **□生活自助具----请如实填报附表14** | | | | | | | |
| **其他辅具需求：** | | | | | | | |
| **本人或监护人签字** | |  | | | **填表人签字** | |  | |

**填报说明：该表为总表，每人必须填报总表和其对应附表，由基层工作人员如实填报 。**

**康复辅助器具及矫治手术需求初筛总表**

**填表单位（公章）: 扎哈塔拉 填报时间：2022年5月25日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本**  **情况** | **姓 名** | **吴秀芝** | | **性 别** | **男□女☑** | **民 族** | | **汉** |
| **身 高** | **150** | **体 重** | | **150** | **居住情况** | | **☑独居 □同居**  **□机构 □其他** |
| **身份证号** | **152326195010151185** | | | | **本人电话** | | **13015145910** |
| **残疾证号** | **15232619501015118543** | | | | **监护人电话** | |  |
| **个人情况** | **☑低保对象 □特困人员 □低收入家庭 □其他** | | | | | | |
| **详细住址** |  | | | | | | |
| **残疾**  **类别** | **□视力残疾:□盲 □低视力 □眼球摘除**  **□听力残疾**  **□智力残疾**  **☑肢体残疾:□肢体畸形 ☑偏瘫 □截瘫 □脑瘫 □儿麻 □截肢**  **□言语残疾**  **□精神残疾**  **□多重残疾（注明各残疾类别）：** | | | | | | | |
| **辅具及手术需求情况** | **□手术矫治------请如实填报附表1**  **□假肢----------请如实填报附表2**  **□矫形器--------请如实填报附表3**  **□假眼----------请如实填报附表4 （眼球摘除后可装配）** | | | | | | | |
| **☑轮椅----------请如实填报附表5**  **□助行器--------请如实填报附表6**  **□座便椅--------请如实填报附表7**  **□转移类辅具----请如实填报附表8**  **□洗浴椅--------请如实填报附表9**  **□助视类--------请如实填报附表10**  **□护理床--------请如实填报附表11（本人住房卧室需有足够放置使用空间）** | | | | | | | |
| **□防压疮垫------请如实填报附表12**  **□助听器--------请如实填报附表13**  **□生活自助具----请如实填报附表14** | | | | | | | |
| **其他辅具需求：** | | | | | | | |
| **本人或监护人签字** | |  | | | **填表人签字** | |  | |

**填报说明：该表为总表，每人必须填报总表和其对应附表，由基层工作人员如实填报 。**

**康复辅助器具及矫治手术需求初筛总表**

**填表单位（公章）: 扎哈塔拉 填报时间：2022年5月25日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本**  **情况** | **姓 名** | **刘凤** | | **性 别** | **男□女☑** | **民 族** | | **汉** |
| **身 高** |  | **体 重** | |  | **居住情况** | | **□独居 □同居**  **□机构 □其他** |
| **身份证号** | **152326195101121184** | | | | **本人电话** | |  |
| **残疾证号** | **15232619510112118473** | | | | **监护人电话** | | **14747579735** |
| **个人情况** | **□低保对象 □特困人员 □低收入家庭 □其他** | | | | | | |
| **详细住址** |  | | | | | | |
| **残疾**  **类别** | **□视力残疾:□盲 □低视力 □眼球摘除**  **□听力残疾**  **□智力残疾**  **□肢体残疾:□肢体畸形 □偏瘫 □截瘫 □脑瘫 □儿麻 □截肢**  **□言语残疾**  **□精神残疾**  **☑多重残疾（注明各残疾类别）： 精神、听力三级** | | | | | | | |
| **辅具及手术需求情况** | **□手术矫治------请如实填报附表1**  **□假肢----------请如实填报附表2**  **□矫形器--------请如实填报附表3**  **□假眼----------请如实填报附表4 （眼球摘除后可装配）** | | | | | | | |
| **□轮椅----------请如实填报附表5**  **□助行器--------请如实填报附表6**  **□座便椅--------请如实填报附表7**  **□转移类辅具----请如实填报附表8**  **□洗浴椅--------请如实填报附表9**  **□助视类--------请如实填报附表10**  **□护理床--------请如实填报附表11（本人住房卧室需有足够放置使用空间）** | | | | | | | |
| **□防压疮垫------请如实填报附表12**  **☑助听器--------请如实填报附表13**  **□生活自助具----请如实填报附表14** | | | | | | | |
| **其他辅具需求：** | | | | | | | |
| **本人或监护人签字** | |  | | | **填表人签字** | |  | |

**填报说明：该表为总表，每人必须填报总表和其对应附表，由基层工作人员如实填报 。**

**康复辅助器具及矫治手术需求初筛总表**

**填表单位（公章）: 扎哈塔拉 填报时间：2022年5月25日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本**  **情况** | **姓 名** | **冯振义** | | **性 别** | **男☑女□** | **民 族** | | **汉** |
| **身 高** | **172** | **体 重** | | **127** | **居住情况** | | **☑独居 □同居**  **□机构 □其他** |
| **身份证号** | **152326195103101179** | | | | **本人电话** | | **15149954970** |
| **残疾证号** | **15232619510310117943** | | | | **监护人电话** | | **13298058898** |
| **个人情况** | **☑低保对象 □特困人员 □低收入家庭 □其他** | | | | | | |
| **详细住址** |  | | | | | | |
| **残疾**  **类别** | **□视力残疾:□盲 □低视力 □眼球摘除**  **□听力残疾**  **□智力残疾**  **☑肢体残疾:☑肢体畸形 □偏瘫 □截瘫 □脑瘫 □儿麻 □截肢**  **□言语残疾**  **□精神残疾**  **□多重残疾（注明各残疾类别）：** | | | | | | | |
| **辅具及手术需求情况** | **□手术矫治------请如实填报附表1**  **□假肢----------请如实填报附表2**  **□矫形器--------请如实填报附表3**  **□假眼----------请如实填报附表4 （眼球摘除后可装配）** | | | | | | | |
| **□轮椅----------请如实填报附表5**  **□助行器--------请如实填报附表6**  **□座便椅--------请如实填报附表7**  **□转移类辅具----请如实填报附表8**  **☑洗浴椅--------请如实填报附表9**  **□助视类--------请如实填报附表10**  **□护理床--------请如实填报附表11（本人住房卧室需有足够放置使用空间）** | | | | | | | |
| **□防压疮垫------请如实填报附表12**  **□助听器--------请如实填报附表13**  **□生活自助具----请如实填报附表14** | | | | | | | |
| **其他辅具需求：** | | | | | | | |
| **本人或监护人签字** | |  | | | **填表人签字** | |  | |

**填报说明：该表为总表，每人必须填报总表和其对应附表，由基层工作人员如实填报 。**

**康复辅助器具及矫治手术需求初筛总表**

**填表单位（公章）: 扎哈塔拉 填报时间：2022年5月25日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本**  **情况** | **姓 名** | **单玉玲** | | **性 别** | **男□女□** | **民 族** | | **蒙** |
| **身 高** | **157** | **体 重** | | **103** | **居住情况** | | **□☑独居 □同居**  **□机构 □其他** |
| **身份证号** | **152326195110271184** | | | | **本人电话** | | **18747566921** |
| **残疾证号** | **15232619511027118443** | | | | **监护人电话** | | **13934944228** |
| **个人情况** | **☑低保对象 □特困人员 □低收入家庭 □其他** | | | | | | |
| **详细住址** |  | | | | | | |
| **残疾**  **类别** | **□视力残疾:□盲 □低视力 □眼球摘除**  **□听力残疾**  **□智力残疾**  **☑肢体残疾:☑肢体畸形 □偏瘫 □截瘫 □脑瘫 □儿麻 □截肢**  **□言语残疾**  **□精神残疾**  **□多重残疾（注明各残疾类别）：** | | | | | | | |
| **辅具及手术需求情况** | **□手术矫治------请如实填报附表1**  **□假肢----------请如实填报附表2**  **□矫形器--------请如实填报附表3**  **□假眼----------请如实填报附表4 （眼球摘除后可装配）** | | | | | | | |
| **□轮椅----------请如实填报附表5**  **☑助行器--------请如实填报附表6**  **□座便椅--------请如实填报附表7**  **□转移类辅具----请如实填报附表8**  **□洗浴椅--------请如实填报附表9**  **□助视类--------请如实填报附表10**  **□护理床--------请如实填报附表11（本人住房卧室需有足够放置使用空间）** | | | | | | | |
| **□防压疮垫------请如实填报附表12**  **□助听器--------请如实填报附表13**  **□生活自助具----请如实填报附表14** | | | | | | | |
| **其他辅具需求：** | | | | | | | |
| **本人或监护人签字** | |  | | | **填表人签字** | |  | |

**填报说明：该表为总表，每人必须填报总表和其对应附表，由基层工作人员如实填报 。**

**康复辅助器具及矫治手术需求初筛总表**

**填表单位（公章）: 扎哈塔拉 填报时间：2022年5月25日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本**  **情况** | **姓 名** | **曹国江** | | **性 别** | **男□女□** | **民 族** | | **汉** |
| **身 高** | **171** | **体 重** | | **157** | **居住情况** | | **□独居 □同居**  **□机构 □其他** |
| **身份证号** | **152326195203041177** | | | | **本人电话** | | **15547546388** |
| **残疾证号** | **15232619520304117742** | | | | **监护人电话** | | **18604759508** |
| **个人情况** | **☑低保对象 □特困人员 □低收入家庭 □其他** | | | | | | |
| **详细住址** |  | | | | | | |
| **残疾**  **类别** | **□视力残疾:□盲 □低视力 □眼球摘除**  **□听力残疾**  **□智力残疾**  **☑肢体残疾:□肢体畸形 ☑偏瘫 □截瘫 □脑瘫 □儿麻 □截肢**  **□言语残疾**  **□精神残疾**  **□多重残疾（注明各残疾类别）：** | | | | | | | |
| **辅具及手术需求情况** | **□手术矫治------请如实填报附表1**  **□假肢----------请如实填报附表2**  **□矫形器--------请如实填报附表3**  **□假眼----------请如实填报附表4 （眼球摘除后可装配）** | | | | | | | |
| **☑轮椅----------请如实填报附表5**  **□助行器--------请如实填报附表6**  **□座便椅--------请如实填报附表7**  **□转移类辅具----请如实填报附表8**  **□洗浴椅--------请如实填报附表9**  **□助视类--------请如实填报附表10**  **□护理床--------请如实填报附表11（本人住房卧室需有足够放置使用空间）** | | | | | | | |
| **□防压疮垫------请如实填报附表12**  **□助听器--------请如实填报附表13**  **□生活自助具----请如实填报附表14** | | | | | | | |
| **其他辅具需求：** | | | | | | | |
| **本人或监护人签字** | |  | | | **填表人签字** | |  | |

**填报说明：该表为总表，每人必须填报总表和其对应附表，由基层工作人员如实填报 。**

**康复辅助器具及矫治手术需求初筛总表**

**填表单位（公章）: 扎哈塔拉 填报时间：2022年5月25日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本**  **情况** | **姓 名** | **刘瑞** | | **性 别** | **男☑女□** | **民 族** | | **汉** |
| **身 高** | **178** | **体 重** | | **160** | **居住情况** | | **☑独居 □同居**  **□机构 □其他** |
| **身份证号** | **15232619520828117X** | | | | **本人电话** | | 15847513842 |
| **残疾证号** | **15232619520828117X14** | | | | **监护人电话** | | **15247562076** |
| **个人情况** | **☑低保对象 □特困人员 □低收入家庭 □其他** | | | | | | |
| **详细住址** |  | | | | | | |
| **残疾**  **类别** | **☑视力残疾:□盲 ☑低视力 □眼球摘除**  **□听力残疾**  **□智力残疾**  **□肢体残疾:□肢体畸形 □偏瘫 □截瘫 □脑瘫 □儿麻 □截肢**  **□言语残疾**  **□精神残疾**  **□多重残疾（注明各残疾类别）：** | | | | | | | |
| **辅具及手术需求情况** | **□手术矫治------请如实填报附表1**  **□假肢----------请如实填报附表2**  **□矫形器--------请如实填报附表3**  **□假眼----------请如实填报附表4 （眼球摘除后可装配）** | | | | | | | |
| **□轮椅----------请如实填报附表5**  **□助行器--------请如实填报附表6**  **□座便椅--------请如实填报附表7**  **□转移类辅具----请如实填报附表8**  **□洗浴椅--------请如实填报附表9**  **□助视类--------请如实填报附表10**  **□护理床--------请如实填报附表11（本人住房卧室需有足够放置使用空间）** | | | | | | | |
| **□防压疮垫------请如实填报附表12**  **□助听器--------请如实填报附表13**  **□生活自助具----请如实填报附表14** | | | | | | | |
| **其他辅具需求：** | | | | | | | |
| **本人或监护人签字** | |  | | | **填表人签字** | |  | |

**填报说明：该表为总表，每人必须填报总表和其对应附表，由基层工作人员如实填报 。**

**康复辅助器具及矫治手术需求初筛总表**

**填表单位（公章）: 扎哈塔拉 填报时间：2022年5月25日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本**  **情况** | **姓 名** | **刘凤荣** | | **性 别** | **男□女☑** | **民 族** | | **汉** |
| **身 高** | **154** | **体 重** | | **116** | **居住情况** | | **☑独居 □同居**  **□机构 □其他** |
| **身份证号** | **152326195303291181** | | | | **本人电话** | | **15247562076** |
| **残疾证号** | **15232619530329118143** | | | | **监护人电话** | | **15247562076** |
| **个人情况** | **☑低保对象 □特困人员 □低收入家庭 □其他** | | | | | | |
| **详细住址** |  | | | | | | |
| **残疾**  **类别** | **□视力残疾:□盲 □低视力 □眼球摘除**  **□听力残疾**  **□智力残疾**  **☑肢体残疾:□肢体畸形 ☑偏瘫 □截瘫 □脑瘫 □儿麻 □截肢**  **□言语残疾**  **□精神残疾**  **□多重残疾（注明各残疾类别）：** | | | | | | | |
| **辅具及手术需求情况** | **□手术矫治------请如实填报附表1**  **□假肢----------请如实填报附表2**  **□矫形器--------请如实填报附表3**  **□假眼----------请如实填报附表4 （眼球摘除后可装配）** | | | | | | | |
| **□轮椅----------请如实填报附表5**  **□助行器--------请如实填报附表6**  **□座便椅--------请如实填报附表7**  **□转移类辅具----请如实填报附表8**  **□洗浴椅--------请如实填报附表9**  **□助视类--------请如实填报附表10**  **□护理床--------请如实填报附表11（本人住房卧室需有足够放置使用空间）** | | | | | | | |
| **☑防压疮垫------请如实填报附表12**  **□助听器--------请如实填报附表13**  **□生活自助具----请如实填报附表14** | | | | | | | |
| **其他辅具需求：** | | | | | | | |
| **本人或监护人签字** | |  | | | **填表人签字** | |  | |

**填报说明：该表为总表，每人必须填报总表和其对应附表，由基层工作人员如实填报 。**

**康复辅助器具及矫治手术需求初筛总表**

**填表单位（公章）: 扎哈塔拉 填报时间：2022年5月25日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本**  **情况** | **姓 名** | **刘振芳** | | **性 别** | **男□女☑** | **民 族** | | **汉** |
| **身 高** | **160** | **体 重** | | **113** | **居住情况** | | **□独居 ☑同居**  **□机构 □其他** |
| **身份证号** | **152326195306211183** | | | | **本人电话** | | **15248351839** |
| **残疾证号** | **15232619530621118342** | | | | **监护人电话** | |  |
| **个人情况** | **□低保对象 □特困人员 □低收入家庭 □其他** | | | | | | |
| **详细住址** |  | | | | | | |
| **残疾**  **类别** | **□视力残疾:□盲 □低视力 □眼球摘除**  **□听力残疾**  **□智力残疾**  **☑肢体残疾:□肢体畸形 ☑偏瘫 □截瘫 □脑瘫 □儿麻 □截肢**  **□言语残疾**  **□精神残疾**  **□多重残疾（注明各残疾类别）：** | | | | | | | |
| **辅具及手术需求情况** | **□手术矫治------请如实填报附表1**  **□假肢----------请如实填报附表2**  **□矫形器--------请如实填报附表3**  **□假眼----------请如实填报附表4 （眼球摘除后可装配）** | | | | | | | |
| **☑轮椅----------请如实填报附表5**  **□助行器--------请如实填报附表6**  **□座便椅--------请如实填报附表7**  **□转移类辅具----请如实填报附表8**  **□洗浴椅--------请如实填报附表9**  **□助视类--------请如实填报附表10**  **□护理床--------请如实填报附表11（本人住房卧室需有足够放置使用空间）** | | | | | | | |
| **□防压疮垫------请如实填报附表12**  **□助听器--------请如实填报附表13**  **□生活自助具----请如实填报附表14** | | | | | | | |
| **其他辅具需求：** | | | | | | | |
| **本人或监护人签字** | |  | | | **填表人签字** | |  | |

**填报说明：该表为总表，每人必须填报总表和其对应附表，由基层工作人员如实填报 。**

**康复辅助器具及矫治手术需求初筛总表**

**填表单位（公章）: 扎哈塔拉 填报时间：2022年5月25日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本**  **情况** | **姓 名** | **王振强** | | **性 别** | **男□女□** | **民 族** | |  |
| **身 高** | **170** | **体 重** | | **129** | **居住情况** | | **☑独居 □同居**  **□机构 □其他** |
| **身份证号** | **152326195310261175** | | | | **本人电话** | | **15048511259** |
| **残疾证号** | **15232619531026117543** | | | | **监护人电话** | | **13191543961** |
| **个人情况** | **☑低保对象 □特困人员 □低收入家庭 □其他** | | | | | | |
| **详细住址** |  | | | | | | |
| **残疾**  **类别** | **□视力残疾:□盲 □低视力 □眼球摘除**  **□听力残疾**  **□智力残疾**  **☑肢体残疾:☑肢体畸形 □偏瘫 □截瘫 □脑瘫 □儿麻 □截肢**  **□言语残疾**  **□精神残疾**  **□多重残疾（注明各残疾类别）：** | | | | | | | |
| **辅具及手术需求情况** | **□手术矫治------请如实填报附表1**  **□假肢----------请如实填报附表2**  **□矫形器--------请如实填报附表3**  **□假眼----------请如实填报附表4 （眼球摘除后可装配）** | | | | | | | |
| **□轮椅----------请如实填报附表5**  **☑助行器--------请如实填报附表6**  **□座便椅--------请如实填报附表7**  **□转移类辅具----请如实填报附表8**  **□洗浴椅--------请如实填报附表9**  **□助视类--------请如实填报附表10**  **□护理床--------请如实填报附表11（本人住房卧室需有足够放置使用空间）** | | | | | | | |
| **□防压疮垫------请如实填报附表12**  **□助听器--------请如实填报附表13**  **□生活自助具----请如实填报附表14** | | | | | | | |
| **其他辅具需求：** | | | | | | | |
| **本人或监护人签字** | |  | | | **填表人签字** | |  | |

**填报说明：该表为总表，每人必须填报总表和其对应附表，由基层工作人员如实填报 。**

**康复辅助器具及矫治手术需求初筛总表**

**填表单位（公章）: 扎哈塔拉 填报时间：2022年5月25日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本**  **情况** | **姓 名** | **田玉霞** | | **性 别** | **男□女☑** | **民 族** | | **汉** |
| **身 高** | **160** | **体 重** | | **120** | **居住情况** | | **☑独居 □同居**  **□机构 □其他** |
| **身份证号** | **152326195503031202** | | | | **本人电话** | | **18747548976** |
| **残疾证号** | **15232619550303120212** | | | | **监护人电话** | | **13644854250** |
| **个人情况** | **☑低保对象 □特困人员 □低收入家庭 □其他** | | | | | | |
| **详细住址** |  | | | | | | |
| **残疾**  **类别** | **☑视力残疾:□盲 ☑低视力 □眼球摘除**  **□听力残疾**  **□智力残疾**  **□肢体残疾:□肢体畸形 □偏瘫 □截瘫 □脑瘫 □儿麻 □截肢**  **□言语残疾**  **□精神残疾**  **□多重残疾（注明各残疾类别）：** | | | | | | | |
| **辅具及手术需求情况** | **□手术矫治------请如实填报附表1**  **□假肢----------请如实填报附表2**  **□矫形器--------请如实填报附表3**  **□假眼----------请如实填报附表4 （眼球摘除后可装配）** | | | | | | | |
| **□轮椅----------请如实填报附表5**  **□助行器--------请如实填报附表6**  **□座便椅--------请如实填报附表7**  **□转移类辅具----请如实填报附表8**  **□洗浴椅--------请如实填报附表9**  **☑助视类--------请如实填报附表10**  **□护理床--------请如实填报附表11（本人住房卧室需有足够放置使用空间）** | | | | | | | |
| **□防压疮垫------请如实填报附表12**  **□助听器--------请如实填报附表13**  **□生活自助具----请如实填报附表14** | | | | | | | |
| **其他辅具需求：** | | | | | | | |
| **本人或监护人签字** | |  | | | **填表人签字** | |  | |

**填报说明：该表为总表，每人必须填报总表和其对应附表，由基层工作人员如实填报 。**

**康复辅助器具及矫治手术需求初筛总表**

**填表单位（公章）: 扎哈塔拉 填报时间：2022年5月25日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本**  **情况** | **姓 名** | **曹国宝** | | **性 别** | **男☑女□** | **民 族** | | **汉** |
| **身 高** | **170** | **体 重** | | **127** | **居住情况** | | **☑独居 □同居**  **□机构 □其他** |
| **身份证号** | **15232619550429117X** | | | | **本人电话** | |  |
| **残疾证号** | **15232619550429117X12** | | | | **监护人电话** | | **15144984598** |
| **个人情况** | **☑低保对象 □特困人员 □低收入家庭 □其他** | | | | | | |
| **详细住址** |  | | | | | | |
| **残疾**  **类别** | **☑视力残疾:□盲 ☑低视力 □眼球摘除**  **□听力残疾**  **□智力残疾**  **□肢体残疾:□肢体畸形 □偏瘫 □截瘫 □脑瘫 □儿麻 □截肢**  **□言语残疾**  **□精神残疾**  **□多重残疾（注明各残疾类别）：** | | | | | | | |
| **辅具及手术需求情况** | **□手术矫治------请如实填报附表1**  **□假肢----------请如实填报附表2**  **□矫形器--------请如实填报附表3**  **□假眼----------请如实填报附表4 （眼球摘除后可装配）** | | | | | | | |
| **□轮椅----------请如实填报附表5**  **□助行器--------请如实填报附表6**  **□座便椅--------请如实填报附表7**  **□转移类辅具----请如实填报附表8**  **☑洗浴椅--------请如实填报附表9**  **□助视类--------请如实填报附表10**  **□护理床--------请如实填报附表11（本人住房卧室需有足够放置使用空间）** | | | | | | | |
| **□防压疮垫------请如实填报附表12**  **☑助听器--------请如实填报附表13**  **□生活自助具----请如实填报附表14** | | | | | | | |
| **其他辅具需求：** | | | | | | | |
| **本人或监护人签字** | |  | | | **填表人签字** | |  | |

**填报说明：该表为总表，每人必须填报总表和其对应附表，由基层工作人员如实填报 。**

**康复辅助器具及矫治手术需求初筛总表**

**填表单位（公章）: 扎哈塔拉 填报时间：2022年5月25日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本**  **情况** | **姓 名** | **徐芹** | | **性 别** | **男□女☑** | **民 族** | | **汉** |
| **身 高** | **164** | **体 重** | | **127** | **居住情况** | | **☑独居 □同居**  **□机构 □其他** |
| **身份证号** | **152326195602191180** | | | | **本人电话** | | **13171122379** |
| **残疾证号** | **15232619560219118044** | | | | **监护人电话** | | **13848851136** |
| **个人情况** | **☑低保对象 □特困人员 □低收入家庭 □其他** | | | | | | |
| **详细住址** |  | | | | | | |
| **残疾**  **类别** | **□视力残疾:□盲 □低视力 □眼球摘除**  **□听力残疾**  **□智力残疾**  **☑肢体残疾:□肢体畸形 ☑偏瘫 □截瘫 □脑瘫 □儿麻 □截肢**  **□言语残疾**  **□精神残疾**  **□多重残疾（注明各残疾类别）：** | | | | | | | |
| **辅具及手术需求情况** | **□手术矫治------请如实填报附表1**  **□假肢----------请如实填报附表2**  **□矫形器--------请如实填报附表3**  **□假眼----------请如实填报附表4 （眼球摘除后可装配）** | | | | | | | |
| **□轮椅----------请如实填报附表5**  **□助行器--------请如实填报附表6**  **☑座便椅--------请如实填报附表7**  **□转移类辅具----请如实填报附表8**  **□洗浴椅--------请如实填报附表9**  **□助视类--------请如实填报附表10**  **□护理床--------请如实填报附表11（本人住房卧室需有足够放置使用空间）** | | | | | | | |
| **□防压疮垫------请如实填报附表12**  **□助听器--------请如实填报附表13**  **□生活自助具----请如实填报附表14** | | | | | | | |
| **其他辅具需求：** | | | | | | | |
| **本人或监护人签字** | |  | | | **填表人签字** | |  | |

**填报说明：该表为总表，每人必须填报总表和其对应附表，由基层工作人员如实填报 。**

**康复辅助器具及矫治手术需求初筛总表**

**填表单位（公章）: 扎哈塔拉 填报时间：2022年5月25日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本**  **情况** | **姓 名** | **王久刚** | | **性 别** | **男☑女□** | **民 族** | | **汉** |
| **身 高** | **171** | **体 重** | | **123** | **居住情况** | | **☑独居 □同居**  **□机构 □其他** |
| **身份证号** | **152326195605191178** | | | | **本人电话** | | **15847598365** |
| **残疾证号** | **15232619560519117821** | | | | **监护人电话** | | **15004976604** |
| **个人情况** | **☑低保对象 □特困人员 □低收入家庭 □其他** | | | | | | |
| **详细住址** |  | | | | | | |
| **残疾**  **类别** | **□视力残疾:□盲 □低视力 □眼球摘除**  **☑听力残疾**  **□智力残疾**  **□肢体残疾:□肢体畸形 □偏瘫 □截瘫 □脑瘫 □儿麻 □截肢**  **□言语残疾**  **□精神残疾**  **□多重残疾（注明各残疾类别）：** | | | | | | | |
| **辅具及手术需求情况** | **□手术矫治------请如实填报附表1**  **□假肢----------请如实填报附表2**  **□矫形器--------请如实填报附表3**  **□假眼----------请如实填报附表4 （眼球摘除后可装配）** | | | | | | | |
| **□轮椅----------请如实填报附表5**  **□助行器--------请如实填报附表6**  **□座便椅--------请如实填报附表7**  **□转移类辅具----请如实填报附表8**  **□洗浴椅--------请如实填报附表9**  **□助视类--------请如实填报附表10**  **□护理床--------请如实填报附表11（本人住房卧室需有足够放置使用空间）** | | | | | | | |
| **□防压疮垫------请如实填报附表12**  **☑助听器--------请如实填报附表13**  **□生活自助具----请如实填报附表14** | | | | | | | |
| **其他辅具需求：** | | | | | | | |
| **本人或监护人签字** | |  | | | **填表人签字** | |  | |

**填报说明：该表为总表，每人必须填报总表和其对应附表，由基层工作人员如实填报 。**

**康复辅助器具及矫治手术需求初筛总表**

**填表单位（公章）: 扎哈塔拉 填报时间：2022年5月25日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本**  **情况** | **姓 名** | **孙才** | | **性 别** | **男☑女□** | **民 族** | | **汉** |
| **身 高** | **170** | **体 重** | | **158** | **居住情况** | | **□独居 □同居**  **□机构 □其他** |
| **身份证号** | **152326195610051196** | | | | **本人电话** | | **15849541291** |
| **残疾证号** | **152326195610051196** | | | | **监护人电话** | | **15849541291** |
| **个人情况** | **☑低保对象 □特困人员 □低收入家庭 □其他** | | | | | | |
| **详细住址** |  | | | | | | |
| **残疾**  **类别** | **□视力残疾:□盲 □低视力 □眼球摘除**  **□听力残疾**  **□智力残疾**  **☑肢体残疾:□肢体畸形 ☑偏瘫 □截瘫 □脑瘫 □儿麻 □截肢**  **□言语残疾**  **□精神残疾**  **□多重残疾（注明各残疾类别）：** | | | | | | | |
| **辅具及手术需求情况** | **□手术矫治------请如实填报附表1**  **□假肢----------请如实填报附表2**  **□矫形器--------请如实填报附表3**  **□假眼----------请如实填报附表4 （眼球摘除后可装配）** | | | | | | | |
| **☑轮椅----------请如实填报附表5**  **□助行器--------请如实填报附表6**  **□座便椅--------请如实填报附表7**  **□转移类辅具----请如实填报附表8**  **□洗浴椅--------请如实填报附表9**  **□助视类--------请如实填报附表10**  **□护理床--------请如实填报附表11（本人住房卧室需有足够放置使用空间）** | | | | | | | |
| **□防压疮垫------请如实填报附表12**  **□助听器--------请如实填报附表13**  **□生活自助具----请如实填报附表14** | | | | | | | |
| **其他辅具需求：** | | | | | | | |
| **本人或监护人签字** | |  | | | **填表人签字** | |  | |

**填报说明：该表为总表，每人必须填报总表和其对应附表，由基层工作人员如实填报 。**

**康复辅助器具及矫治手术需求初筛总表**

**填表单位（公章）: 扎哈塔拉 填报时间：2022年5月25日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本**  **情况** | **姓 名** | **曹国军** | | **性 别** | **男☑女□** | **民 族** | | **汉** |
| **身 高** | **172** | **体 重** | | **120** | **居住情况** | | **☑独居 □同居**  **□机构 □其他** |
| **身份证号** | **152326195702171179** | | | | **本人电话** | | **15924598990** |
| **残疾证号** | **15232619570217117943** | | | | **监护人电话** | | **13298051306** |
| **个人情况** | **□低保对象 □特困人员 □低收入家庭 □其他** | | | | | | |
| **详细住址** |  | | | | | | |
| **残疾**  **类别** | **□视力残疾:□盲 □低视力 □眼球摘除**  **□听力残疾**  **□智力残疾**  **☑肢体残疾:□肢体畸形 ☑偏瘫 □截瘫 □脑瘫 □儿麻 □截肢**  **□言语残疾**  **□精神残疾**  **□多重残疾（注明各残疾类别）：** | | | | | | | |
| **辅具及手术需求情况** | **□手术矫治------请如实填报附表1**  **□假肢----------请如实填报附表2**  **□矫形器--------请如实填报附表3**  **□假眼----------请如实填报附表4 （眼球摘除后可装配）** | | | | | | | |
| **□轮椅----------请如实填报附表5**  **☑助行器--------请如实填报附表6**  **□座便椅--------请如实填报附表7**  **□转移类辅具----请如实填报附表8**  **□洗浴椅--------请如实填报附表9**  **□助视类--------请如实填报附表10**  **□护理床--------请如实填报附表11（本人住房卧室需有足够放置使用空间）** | | | | | | | |
| **□防压疮垫------请如实填报附表12**  **□助听器--------请如实填报附表13**  **□生活自助具----请如实填报附表14** | | | | | | | |
| **其他辅具需求：** | | | | | | | |
| **本人或监护人签字** | |  | | | **填表人签字** | |  | |

**填报说明：该表为总表，每人必须填报总表和其对应附表，由基层工作人员如实填报 。**

**康复辅助器具及矫治手术需求初筛总表**

**填表单位（公章）: 扎哈塔拉 填报时间：2022年5月25日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本**  **情况** | **姓 名** | **李秀珍** | | **性 别** | **男□女☑** | **民 族** | | **蒙** |
| **身 高** | **157** | **体 重** | | **121** | **居住情况** | | **☑独居 □同居**  **□机构 □其他** |
| **身份证号** | **15232619571020118X** | | | | **本人电话** | | **15560492065** |
| **残疾证号** | **15232619571020118X12** | | | | **监护人电话** | | **13734751267** |
| **个人情况** | **☑低保对象 □特困人员 □低收入家庭 □其他** | | | | | | |
| **详细住址** |  | | | | | | |
| **残疾**  **类别** | **☑视力残疾:□盲 ☑低视力 □眼球摘除**  **□听力残疾**  **□智力残疾**  **□肢体残疾:□肢体畸形 □偏瘫 □截瘫 □脑瘫 □儿麻 □截肢**  **□言语残疾**  **□精神残疾**  **□多重残疾（注明各残疾类别）：** | | | | | | | |
| **辅具及手术需求情况** | **□手术矫治------请如实填报附表1**  **□假肢----------请如实填报附表2**  **□矫形器--------请如实填报附表3**  **□假眼----------请如实填报附表4 （眼球摘除后可装配）** | | | | | | | |
| **□轮椅----------请如实填报附表5**  **□助行器--------请如实填报附表6**  **□座便椅--------请如实填报附表7**  **□转移类辅具----请如实填报附表8**  **□洗浴椅--------请如实填报附表9**  **☑助视类--------请如实填报附表10**  **□护理床--------请如实填报附表11（本人住房卧室需有足够放置使用空间）** | | | | | | | |
| **□防压疮垫------请如实填报附表12**  **□助听器--------请如实填报附表13**  **□生活自助具----请如实填报附表14** | | | | | | | |
| **其他辅具需求：** | | | | | | | |
| **本人或监护人签字** | |  | | | **填表人签字** | |  | |

**填报说明：该表为总表，每人必须填报总表和其对应附表，由基层工作人员如实填报 。**

**康复辅助器具及矫治手术需求初筛总表**

**填表单位（公章）: 扎哈塔拉 填报时间：2022年5月25日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本**  **情况** | **姓 名** | **李国花** | | **性 别** | **男□女☑** | **民 族** | | **汉** |
| **身 高** | **165** | **体 重** | | **90** | **居住情况** | | **☑独居 □同居**  **□机构 □其他** |
| **身份证号** | **152326195904211183** | | | | **本人电话** | | **13087160507** |
| **残疾证号** | **15232619590421118344** | | | | **监护人电话** | | **15849541219** |
| **个人情况** | **□低保对象 □特困人员 □低收入家庭 □其他** | | | | | | |
| **详细住址** |  | | | | | | |
| **残疾**  **类别** | **□视力残疾:□盲 □低视力 □眼球摘除**  **□听力残疾**  **□智力残疾**  **☑肢体残疾:□肢体畸形 ☑偏瘫 □截瘫 □脑瘫 □儿麻 □截肢**  **□言语残疾**  **□精神残疾**  **□多重残疾（注明各残疾类别）：** | | | | | | | |
| **辅具及手术需求情况** | **□手术矫治------请如实填报附表1**  **□假肢----------请如实填报附表2**  **□矫形器--------请如实填报附表3**  **□假眼----------请如实填报附表4 （眼球摘除后可装配）** | | | | | | | |
| **□轮椅----------请如实填报附表5**  **□助行器--------请如实填报附表6**  **☑座便椅--------请如实填报附表7**  **□转移类辅具----请如实填报附表8**  **□洗浴椅--------请如实填报附表9**  **□助视类--------请如实填报附表10**  **□护理床--------请如实填报附表11（本人住房卧室需有足够放置使用空间）** | | | | | | | |
| **□防压疮垫------请如实填报附表12**  **□助听器--------请如实填报附表13**  **□生活自助具----请如实填报附表14** | | | | | | | |
| **其他辅具需求：** | | | | | | | |
| **本人或监护人签字** | |  | | | **填表人签字** | |  | |

**填报说明：该表为总表，每人必须填报总表和其对应附表，由基层工作人员如实填报 。**

**康复辅助器具及矫治手术需求初筛总表**

**填表单位（公章）: 扎哈塔拉 填报时间：2022年5月25日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本**  **情况** | **姓 名** | **高凤清** | | **性 别** | **男☑女□** | **民 族** | | **汉** |
| **身 高** | **170** | **体 重** | | **135** | **居住情况** | | **☑独居 □同居**  **□机构 □其他** |
| **身份证号** | **152326195905151178** | | | | **本人电话** | | **15147019205** |
| **残疾证号** | **152326195905151178** | | | | **监护人电话** | | **13789757879** |
| **个人情况** | **☑低保对象 □特困人员 □低收入家庭 □其他** | | | | | | |
| **详细住址** |  | | | | | | |
| **残疾**  **类别** | **□视力残疾:□盲 □低视力 □眼球摘除**  **□听力残疾**  **□智力残疾**  **☑肢体残疾:□肢体畸形 ☑偏瘫 □截瘫 □脑瘫 □儿麻 □截肢**  **□言语残疾**  **□精神残疾**  **□多重残疾（注明各残疾类别）：** | | | | | | | |
| **辅具及手术需求情况** | **□手术矫治------请如实填报附表1**  **□假肢----------请如实填报附表2**  **□矫形器--------请如实填报附表3**  **□假眼----------请如实填报附表4 （眼球摘除后可装配）** | | | | | | | |
| **□轮椅----------请如实填报附表5**  **☑助行器--------请如实填报附表6**  **□座便椅--------请如实填报附表7**  **□转移类辅具----请如实填报附表8**  **□洗浴椅--------请如实填报附表9**  **□助视类--------请如实填报附表10**  **□护理床--------请如实填报附表11（本人住房卧室需有足够放置使用空间）** | | | | | | | |
| **□防压疮垫------请如实填报附表12**  **□助听器--------请如实填报附表13**  **□生活自助具----请如实填报附表14** | | | | | | | |
| **其他辅具需求：** | | | | | | | |
| **本人或监护人签字** | |  | | | **填表人签字** | |  | |

**填报说明：该表为总表，每人必须填报总表和其对应附表，由基层工作人员如实填报 。**

**康复辅助器具及矫治手术需求初筛总表**

**填表单位（公章）: 扎哈塔拉 填报时间：2022年5月25日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本**  **情况** | **姓 名** | **卢四洋** | | **性 别** | **男☑女□** | **民 族** | | **汉** |
| **身 高** | **176** | **体 重** | | **160** | **居住情况** | | **□独居 ☑同居**  **□机构 □其他** |
| **身份证号** | **152326196107121171** | | | | **本人电话** | |  |
| **残疾证号** | **15232619610712117142** | | | | **监护人电话** | | **15247598988** |
| **个人情况** | **☑低保对象 □特困人员 □低收入家庭 □其他** | | | | | | |
| **详细住址** |  | | | | | | |
| **残疾**  **类别** | **□视力残疾:□盲 □低视力 □眼球摘除**  **□听力残疾**  **□智力残疾**  **☑肢体残疾:□肢体畸形 ☑偏瘫 □截瘫 □脑瘫 □儿麻 □截肢**  **□言语残疾**  **□精神残疾**  **□多重残疾（注明各残疾类别）：** | | | | | | | |
| **辅具及手术需求情况** | **□手术矫治------请如实填报附表1**  **□假肢----------请如实填报附表2**  **□矫形器--------请如实填报附表3**  **□假眼----------请如实填报附表4 （眼球摘除后可装配）** | | | | | | | |
| **☑轮椅----------请如实填报附表5**  **□助行器--------请如实填报附表6**  **□座便椅--------请如实填报附表7**  **□转移类辅具----请如实填报附表8**  **□洗浴椅--------请如实填报附表9**  **□助视类--------请如实填报附表10**  **□护理床--------请如实填报附表11（本人住房卧室需有足够放置使用空间）** | | | | | | | |
| **□防压疮垫------请如实填报附表12**  **□助听器--------请如实填报附表13**  **□生活自助具----请如实填报附表14** | | | | | | | |
| **其他辅具需求：** | | | | | | | |
| **本人或监护人签字** | |  | | | **填表人签字** | |  | |

**填报说明：该表为总表，每人必须填报总表和其对应附表，由基层工作人员如实填报 。**

**康复辅助器具及矫治手术需求初筛总表**

**填表单位（公章）: 扎哈塔拉 填报时间：2022年5月25日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本**  **情况** | **姓 名** | **王秀英** | | **性 别** | **男□女☑** | **民 族** | | **蒙** |
| **身 高** | **161** | **体 重** | | **121** | **居住情况** | | **□独居 ☑同居**  **□机构 □其他** |
| **身份证号** | **152326196410211209** | | | | **本人电话** | | **15144808589** |
| **残疾证号** | **15232619641021120944** | | | | **监护人电话** | | **18347374326** |
| **个人情况** | **☑低保对象 □特困人员 □低收入家庭 □其他** | | | | | | |
| **详细住址** |  | | | | | | |
| **残疾**  **类别** | **□视力残疾:□盲 □低视力 □眼球摘除**  **□听力残疾**  **□智力残疾**  **☑肢体残疾:□肢体畸形 ☑偏瘫 □截瘫 □脑瘫 □儿麻 □截肢**  **□言语残疾**  **□精神残疾**  **□多重残疾（注明各残疾类别）：** | | | | | | | |
| **辅具及手术需求情况** | **□手术矫治------请如实填报附表1**  **□假肢----------请如实填报附表2**  **□矫形器--------请如实填报附表3**  **□假眼----------请如实填报附表4 （眼球摘除后可装配）** | | | | | | | |
| **□轮椅----------请如实填报附表5**  **☑助行器--------请如实填报附表6**  **□座便椅--------请如实填报附表7**  **□转移类辅具----请如实填报附表8**  **□洗浴椅--------请如实填报附表9**  **□助视类--------请如实填报附表10**  **□护理床--------请如实填报附表11（本人住房卧室需有足够放置使用空间）** | | | | | | | |
| **□防压疮垫------请如实填报附表12**  **□助听器--------请如实填报附表13**  **□生活自助具----请如实填报附表14** | | | | | | | |
| **其他辅具需求：** | | | | | | | |
| **本人或监护人签字** | |  | | | **填表人签字** | |  | |

**填报说明：该表为总表，每人必须填报总表和其对应附表，由基层工作人员如实填报 。**

**康复辅助器具及矫治手术需求初筛总表**

**填表单位（公章）: 扎哈塔拉 填报时间：2022年5月25日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本**  **情况** | **姓 名** | **安玉华** | | **性 别** | **男□女☑** | **民 族** | | **汉** |
| **身 高** | **161** | **体 重** | | **1223** | **居住情况** | | **☑独居 □同居**  **□机构 □其他** |
| **身份证号** | **15232619650810118X** | | | | **本人电话** | | **13020495881** |
| **残疾证号** | **15232619650810118X43** | | | | **监护人电话** | | **13020495881** |
| **个人情况** | **☑低保对象 □特困人员 □低收入家庭 □其他** | | | | | | |
| **详细住址** |  | | | | | | |
| **残疾**  **类别** | **□视力残疾:□盲 □低视力 □眼球摘除**  **□听力残疾**  **□智力残疾**  **☑肢体残疾:☑肢体畸形 □偏瘫 □截瘫 □脑瘫 □儿麻 □截肢**  **□言语残疾**  **□精神残疾**  **□多重残疾（注明各残疾类别）：** | | | | | | | |
| **辅具及手术需求情况** | **□手术矫治------请如实填报附表1**  **□假肢----------请如实填报附表2**  **□矫形器--------请如实填报附表3**  **□假眼----------请如实填报附表4 （眼球摘除后可装配）** | | | | | | | |
| **☑轮椅----------请如实填报附表5**  **□助行器--------请如实填报附表6**  **□座便椅--------请如实填报附表7**  **□转移类辅具----请如实填报附表8**  **□洗浴椅--------请如实填报附表9**  **□助视类--------请如实填报附表10**  **□护理床--------请如实填报附表11（本人住房卧室需有足够放置使用空间）** | | | | | | | |
| **□防压疮垫------请如实填报附表12**  **□助听器--------请如实填报附表13**  **□生活自助具----请如实填报附表14** | | | | | | | |
| **其他辅具需求：** | | | | | | | |
| **本人或监护人签字** | |  | | | **填表人签字** | |  | |

**填报说明：该表为总表，每人必须填报总表和其对应附表，由基层工作人员如实填报 。**

**康复辅助器具及矫治手术需求初筛总表**

**填表单位（公章）: 扎哈塔拉 填报时间：2022年5月25日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本**  **情况** | **姓 名** | **林国娟** | | **性 别** | **男□女☑** | **民 族** | | **汉** |
| **身 高** | **157** | **体 重** | | **123** | **居住情况** | | **☑独居 □同居**  **□机构 □其他** |
| **身份证号** | **15232619651103124X** | | | | **本人电话** | | **13039539865** |
| **残疾证号** | **15232619651103124X43** | | | | **监护人电话** | | **15947610693** |
| **个人情况** | **☑低保对象 □特困人员 □低收入家庭 □其他** | | | | | | |
| **详细住址** |  | | | | | | |
| **残疾**  **类别** | **□视力残疾:□盲 □低视力 □眼球摘除**  **□听力残疾**  **□智力残疾**  **☑肢体残疾:☑肢体畸形 □偏瘫 □截瘫 □脑瘫 □儿麻 □截肢**  **□言语残疾**  **□精神残疾**  **□多重残疾（注明各残疾类别）：** | | | | | | | |
| **辅具及手术需求情况** | **□手术矫治------请如实填报附表1**  **□假肢----------请如实填报附表2**  **□矫形器--------请如实填报附表3**  **□假眼----------请如实填报附表4 （眼球摘除后可装配）** | | | | | | | |
| **□轮椅----------请如实填报附表5**  **☑助行器--------请如实填报附表6**  **□座便椅--------请如实填报附表7**  **□转移类辅具----请如实填报附表8**  **□洗浴椅--------请如实填报附表9**  **□助视类--------请如实填报附表10**  **□护理床--------请如实填报附表11（本人住房卧室需有足够放置使用空间）** | | | | | | | |
| **□防压疮垫------请如实填报附表12**  **□助听器--------请如实填报附表13**  **□生活自助具----请如实填报附表14** | | | | | | | |
| **其他辅具需求：** | | | | | | | |
| **本人或监护人签字** | |  | | | **填表人签字** | |  | |

**填报说明：该表为总表，每人必须填报总表和其对应附表，由基层工作人员如实填报 。**

**康复辅助器具及矫治手术需求初筛总表**

**填表单位（公章）: 扎哈塔拉 填报时间：2022年5月25日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本**  **情况** | **姓 名** | **刘祝** | | **性 别** | **男☑女□** | **民 族** | | **汉** |
| **身 高** | **178** | **体 重** | | **137** | **居住情况** | | **☑独居 □同居**  **□机构 □其他** |
| **身份证号** | **15232619660310117X** | | | | **本人电话** | | **13020495881** |
| **残疾证号** | **15232619660310117X43** | | | | **监护人电话** | | **13020495881** |
| **个人情况** | **☑低保对象 □特困人员 □低收入家庭 □其他** | | | | | | |
| **详细住址** |  | | | | | | |
| **残疾**  **类别** | **□视力残疾:□盲 □低视力 □眼球摘除**  **□听力残疾**  **□智力残疾**  **☑肢体残疾:☑肢体畸形 □偏瘫 □截瘫 □脑瘫 □儿麻 □截肢**  **□言语残疾**  **□精神残疾**  **□多重残疾（注明各残疾类别）：** | | | | | | | |
| **辅具及手术需求情况** | **□手术矫治------请如实填报附表1**  **□假肢----------请如实填报附表2**  **□矫形器--------请如实填报附表3**  **□假眼----------请如实填报附表4 （眼球摘除后可装配）** | | | | | | | |
| **□轮椅----------请如实填报附表5**  **□助行器--------请如实填报附表6**  **☑座便椅--------请如实填报附表7**  **□转移类辅具----请如实填报附表8**  **□洗浴椅--------请如实填报附表9**  **□助视类--------请如实填报附表10**  **□护理床--------请如实填报附表11（本人住房卧室需有足够放置使用空间）** | | | | | | | |
| **□防压疮垫------请如实填报附表12**  **□助听器--------请如实填报附表13**  **□生活自助具----请如实填报附表14** | | | | | | | |
| **其他辅具需求：** | | | | | | | |
| **本人或监护人签字** | |  | | | **填表人签字** | | **刘靖靖** | |

**填报说明：该表为总表，每人必须填报总表和其对应附表，由基层工作人员如实填报 。**

**康复辅助器具及矫治手术需求初筛总表**

**填表单位（公章）: 扎哈塔拉 填报时间：2022年5月25日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本**  **情况** | **姓 名** | **杨秀芹** | | **性 别** | **男□女☑** | **民 族** | | **汉** |
| **身 高** | **152** | **体 重** | | **120** | **居住情况** | | **☑独居 □同居**  **□机构 □其他** |
| **身份证号** | **152326196705171208** | | | | **本人电话** | | **13015130026** |
| **残疾证号** | **15232619670517120812** | | | | **监护人电话** | |  |
| **个人情况** | **□低保对象 □特困人员 □低收入家庭 □其他** | | | | | | |
| **详细住址** |  | | | | | | |
| **残疾**  **类别** | **☑视力残疾:□盲 ☑低视力 □眼球摘除**  **□听力残疾**  **□智力残疾**  **□肢体残疾:□肢体畸形 □偏瘫 □截瘫 □脑瘫 □儿麻 □截肢**  **□言语残疾**  **□精神残疾**  **□多重残疾（注明各残疾类别）：** | | | | | | | |
| **辅具及手术需求情况** | **□手术矫治------请如实填报附表1**  **□假肢----------请如实填报附表2**  **□矫形器--------请如实填报附表3**  **□假眼----------请如实填报附表4 （眼球摘除后可装配）** | | | | | | | |
| **□轮椅----------请如实填报附表5**  **□助行器--------请如实填报附表6**  **□座椅--------请如实填报附表7**  **□转移类辅具----请如实填报附表8**  **□洗浴椅--------请如实填报附表9**  **☑助视类--------请如实填报附表10**  **□护理床--------请如实填报附表11（本人住房卧室需有足够便放置使用空间）** | | | | | | | |
| **□防压疮垫------请如实填报附表12**  **□助听器--------请如实填报附表13**  **□生活自助具----请如实填报附表14** | | | | | | | |
| **其他辅具需求：** | | | | | | | |
| **本人或监护人签字** | |  | | | **填表人签字** | |  | |

**填报说明：该表为总表，每人必须填报总表和其对应附表，由基层工作人员如实填报 。**

**康复辅助器具及矫治手术需求初筛总表**

**填表单位（公章）: 扎哈塔拉 填报时间：2022年5月25日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本**  **情况** | **姓 名** | **高凤亮** | | **性 别** | **男☑女□** | **民 族** | | **汉** |
| **身 高** | **165** | **体 重** | | **130** | **居住情况** | | **☑独居 □同居**  **□机构 □其他** |
| **身份证号** | **152326197003171232** | | | | **本人电话** | | **15004921097** |
| **残疾证号** |  | | | | **监护人电话** | |  |
| **个人情况** | **□低保对象 □特困人员 □低收入家庭 □其他** | | | | | | |
| **详细住址** |  | | | | | | |
| **残疾**  **类别** | **□视力残疾:□盲 □低视力 □眼球摘除**  **□听力残疾**  **□智力残疾**  **☑肢体残疾:□肢体畸形 ☑偏瘫 □截瘫 □脑瘫 □儿麻 □截肢**  **□言语残疾**  **□精神残疾**  **□多重残疾（注明各残疾类别）：** | | | | | | | |
| **辅具及手术需求情况** | **□手术矫治------请如实填报附表1**  **□假肢----------请如实填报附表2**  **□矫形器--------请如实填报附表3**  **□假眼----------请如实填报附表4 （眼球摘除后可装配）** | | | | | | | |
| **☑轮椅----------请如实填报附表5**  **□助行器--------请如实填报附表6**  **□座便椅--------请如实填报附表7**  **□转移类辅具----请如实填报附表8**  **□洗浴椅--------请如实填报附表9**  **□助视类--------请如实填报附表10**  **□护理床--------请如实填报附表11（本人住房卧室需有足够放置使用空间）** | | | | | | | |
| **□防压疮垫------请如实填报附表12**  **□助听器--------请如实填报附表13**  **□生活自助具----请如实填报附表14** | | | | | | | |
| **其他辅具需求：** | | | | | | | |
| **本人或监护人签字** | |  | | | **填表人签字** | |  | |

**填报说明：该表为总表，每人必须填报总表和其对应附表，由基层工作人员如实填报 。**

**康复辅助器具及矫治手术需求初筛总表**

**填表单位（公章）: 扎哈塔拉 填报时间：2022年5月25日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本**  **情况** | **姓 名** | **胡悦娟** | | **性 别** | **男☑女□** | **民 族** | | **蒙** |
| **身 高** | **157** | **体 重** | | **134** | **居住情况** | | **□独居 ☑同居**  **□机构 □其他** |
| **身份证号** | **152326198110211185** | | | | **本人电话** | | **15004968543** |
| **残疾证号** | **15232619811021118544** | | | | **监护人电话** | | **13848954503** |
| **个人情况** | **☑低保对象 □特困人员 □低收入家庭 □其他** | | | | | | |
| **详细住址** |  | | | | | | |
| **残疾**  **类别** | **□视力残疾:□盲 □低视力 □眼球摘除**  **□听力残疾**  **□智力残疾**  **☑肢体残疾:☑肢体畸形 □偏瘫 □截瘫 □脑瘫 □儿麻 □截肢**  **□言语残疾**  **□精神残疾**  **□多重残疾（注明各残疾类别）：** | | | | | | | |
| **辅具及手术需求情况** | **□手术矫治------请如实填报附表1**  **□假肢----------请如实填报附表2**  **□矫形器--------请如实填报附表3**  **□假眼----------请如实填报附表4 （眼球摘除后可装配）** | | | | | | | |
| **□轮椅----------请如实填报附表5**  **□助行器--------请如实填报附表6**  **□座便椅--------请如实填报附表7**  **□转移类辅具----请如实填报附表8**  **□洗浴椅--------请如实填报附表9**  **□助视类--------请如实填报附表10**  **□护理床--------请如实填报附表11（本人住房卧室需有足够放置使用空间）** | | | | | | | |
| **□防压疮垫------请如实填报附表12**  **□助听器--------请如实填报附表13**  **□生活自助具----请如实填报附表14** | | | | | | | |
| **其他辅具需求：** | | | | | | | |
| **本人或监护人签字** | |  | | | **填表人签字** | |  | |

**填报说明：该表为总表，每人必须填报总表和其对应附表，由基层工作人员如实填报 。**

**康复辅助器具及矫治手术需求初筛总表**

**填表单位（公章）: 扎哈塔拉 填报时间：2022年5月25日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本**  **情况** | **姓 名** | **马艳波** | | **性 别** | **男□女☑** | **民 族** | | **蒙** |
| **身 高** | **151** | **体 重** | | **81** | **居住情况** | | **□独居 ☑同居**  **□机构 □其他** |
| **身份证号** | **152326200312050762** | | | | **本人电话** | |  |
| **残疾证号** | **15232620031205076244** | | | | **监护人电话** | | **15004968546** |
| **个人情况** | **☑低保对象 □特困人员 □低收入家庭 □其他** | | | | | | |
| **详细住址** |  | | | | | | |
| **残疾**  **类别** | **□视力残疾:□盲 □低视力 □眼球摘除**  **□听力残疾**  **□智力残疾**  **☑肢体残疾:☑肢体畸形 □偏瘫 □截瘫 □脑瘫 □儿麻 □截肢**  **□言语残疾**  **□精神残疾**  **□多重残疾（注明各残疾类别）：** | | | | | | | |
| **辅具及手术需求情况** | **□手术矫治------请如实填报附表1**  **□假肢----------请如实填报附表2**  **□矫形器--------请如实填报附表3**  **□假眼----------请如实填报附表4 （眼球摘除后可装配）** | | | | | | | |
| **□轮椅----------请如实填报附表5**  **□助行器--------请如实填报附表6**  **□座便椅--------请如实填报附表7**  **□转移类辅具----请如实填报附表8**  **□洗浴椅--------请如实填报附表9**  **□助视类--------请如实填报附表10**  **□护理床--------请如实填报附表11（本人住房卧室需有足够放置使用空间）** | | | | | | | |
| **□防压疮垫------请如实填报附表12**  **□助听器--------请如实填报附表13**  **□生活自助具----请如实填报附表14** | | | | | | | |
| **其他辅具需求：** | | | | | | | |
| **本人或监护人签字** | |  | | | **填表人签字** | |  | |

**填报说明：该表为总表，每人必须填报总表和其对应附表，由基层工作人员如实填报 。**