附件3

江西省工伤保险辅助器具配置协议机构申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位全称： |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 主管部门： |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 单位地址： |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 邮政编码： |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 联 系 人： |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 联系电话： |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 填表日期： |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 江西省人力资源和社会保障厅 制 | | | | | | | |  | |
| 一、告知承诺事项 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 告知内容： | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 1.根据《中华人民共和国社会保险法》、《工伤保险条例》、《江西省实施〈工伤保险条例〉办法》、《江西省工伤保险协议机构管理办法》等规定，本单位及相关人员确认填报和提交的所有信息、资料真实、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单位及其有关人员信息，用于核实承诺内容的真实性。如有不实或违规的，我单位及相关人员愿承担法律责任。  2.提供虚假承诺涉嫌违反相关法律法规和规章的，社会保险经办机构提请社会保险行政部门处理或移送司法部门，依法依规处理。 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 承诺内容： | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 1.本单位及相关人员已认真阅读以上告知内容，已知晓相关规定。本单位及相关人员郑重承诺，填报和提交的所有信息均真实、准确、完整、有效。  2.本单位及相关人员知悉如作出不实承诺，将被人力资源社会保障部门按《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，并接受联合惩戒。涉及违纪违规的，依法依规处理。 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

1. 基本情况

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位全称 |  | | | | |
| 营业执照注册号或执业许可证号 |  | | 取得证照时间 | |  |
| 注册或执业地址 |  | | 邮政编码 | |  |
| 机构等级 |  | | 等级评定机构 | |  |
| 主管单位名称 |  | | | | |
| 单位银行账号信息 | 开户银行名称 |  | | | |
| 账户户名 |  | | | |
| 开户银行账号 |  | | | |
| 注册资金 |  | 业务用房建筑面积 | | 平方米 | |
| 法定代表人 |  | 法定代表人电话 | |  | |
| 实际控制人 |  | 实际控制人电话 | |  | |
| 主要负责人 |  | 主要负责人电话 | |  | |
| 联系人 |  | 联系人电话 | |  | |
| 电子邮箱 |  | | | | |
| 职工总数 |  | 技术人员总数 | |  | |
| 服务项目 | □假肢 □矫形器 □生活类辅助器具  □助听器 □光学助视器 □假眼  □假牙 □假耳、假鼻、假乳、假发  □其它（请注明） | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 三、服务能力 | | | | | |
| 申请前费用情况  （上年度） | | 服务人次数 | 辅助器具销售收入 | 服务性收入 | |
|  |  |  | |
| **服务能力介绍**（请对已开展辅助器具配置服务年限、近三年业务收支情况、场地和科室设置、人员、设备和器材、管理制度建设、承担工伤辅助器具配置服务能力等情况说明） | | | | | |
| 辅助器具配置服务清单 | 辅助器具编号 | | 辅助器具名称 | 说明 |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |

备注：按照《江西省工伤保险辅助器具配置目录》规定进行填写。

|  |  |
| --- | --- |
| 四、申报、审核意见 | |
| 申报单位  意见 | （盖章）  年 月 日 |
| 评估组  意见 | 评估组签名： 年 月 日 |
| 社会保险  经办机构意见 | （盖章）  年 月 日 |
| 备注：1.本申请表一式二份，申请单位、社会保险经办机构各一份。  2.第三项相关表格不够填写可另附页。 | |