附件3

湖南省工伤保险辅助器具配置服务协议机构申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 单位全称：  |  |
| 所属行业：  |  |
| 主管部门：  |  |
| 单位地址：  |  |
| 邮政编码：  |  |
| 联 系 人：  |  |
| 联系电话：  |  |
| 填表日期：  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 湖南省社会保险服务中心 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》《湖南省实施<工伤保险条例>办法》等规定，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，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。涉及违法违规的，依法依规处理。 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 二、单位基本情况 |  |  |  |  |  |  |
| 单位全称 |  |
| 营业执照注册号或执业许可证号 |  |
| 注册或执业地址 |  | 邮政编码 |  |
| 法定代表人 |  | 联系人 |  | 联系人电话 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 机构性质 | ①非营利性□ 营利性□ ②公立□ 民营□  |
| 职工总数 |  | 技术人员总数 |  | 建筑面积 |  平方米 |
| 申请服务项目 | □假肢 |
| □矫形器（□低温板材，□热塑板材） □生活类辅助器具 |
| □助听器（□耳背式、□耳内式、□耳道式） □光学助视器 |
| □假眼 □假牙 □假耳、假鼻、假乳配置 |
| 单位银行账号信息 | 银行名称 |  银行 支行（分行） |
| 银行户名 |  |
| 银行账号 |  |
| 单位主要业务及特色介绍 |  |

|  |
| --- |
| 三、申报项目及服务能力 |
| 申报服务 | （按照申报服务分类进行填写，每个类别均需要填写，页面不足可自行添加） |
| **服务能力介绍**（请对所申报项目已开展服务年限、年配置数量、配置满意度、场地和科室设置、人员、设备和器材、管理制度建设情况进行说明） |
|
|
|
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申报材料清单 | 序号 | 名称 | 说明 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 四、申报、审核意见 |
| 申报单位意见 |  （盖章） 年 月 日  |
| 评估组意见  |  评估组人员签名： 年 月 日  |
| 社会保险经办机构意见 | （盖章） 年 月 日  |
| 备注：1.申请表一式二份，申请单位、社会保险经办机构各一份。建议双面打印。2.第二、三项相关表格不够填写可另附页。 |