

5.2 针对本项目的服务团队及服务方案（E包）孤独症儿童基本康复训练

（E包）孤独症儿童基本康复训练

申请人名称（盖章）

采购项目编号：SZCGWX2023-72

| 采购需求 | 详细要求 | 证明材料 | 证明材料（有/无） |
|---------|---|-------------------------------------|-----------|
| 1. 建设要求 | 本地训练场所建筑面积 700 平方米以上 | 提供房产证或租赁协议，外部环境和内部场所照片及介绍文字 | 有 |
| | 业务用房 500 平方米以上（若建筑面积达 1000 平方米以上，业务用房须达到 700 平方米以上） | | 有 |
| | 在三层及以下的非地下室，符合国家无障碍通行要求 | | 有 |
| 2. 训练场地 | 设置至少 1 间咨询接待（评估）室（不少于 15 平方米） | 提供场所平面图并标注出各种功能室的尺寸和面积大小，提供各功能室照片 | 有 |
| | 设置至少 1 间集体（组别）教室，内设游戏活动区（按 1: 20 的比例设置，每间不少于 30 平方米） | | 有 |
| | 设置至少 1 间运动/感统训练室（不少于 50 平方米） | | 有 |
| | 设置至少 4 间个性化训练教室（每间不少于 8 平方米） | | 有 |
| | 设置生活自理能力训练区（包括洗漱、就餐、更衣、如厕等区域），可结合机构日常生活环境布置 | | 有 |
| 3. 训练设备 | 康复评估工具：配备能对儿童重点障碍进行客观性评价的工具和能全面评估儿童最近发展能力的客观性评估工具（如心理教育评估表、孤独症儿童发展评估表、婴儿-初中生社会生活量表、儿童适应行为评定量表、Gesell 发育量表等） | 提供使用过程中的照片，能够完整显示相关设备及设备使用场景，标注设备名称 | 有 |
| | 康复训练设备：滑板车、吊筒、钻滚筒、羊角球、大龙球、布袋跳、触觉球、按摩地垫、平衡木、平衡脚踏车、万象组合包、精细运动训练玩具等 | | 有 |
| | 教学设备：配备符合儿童各年龄阶段的课桌椅，配别满足儿童感知、操作、体验、合作、探究等个性化活动需求的教育装备和材料；配备开展教学活动的大小黑（白）板、电视机或一体机、多媒体教学器材等；配备适合儿童特点的挂 | | 有 |

| | | | |
|---------|---|---|---|
| | 图、卡片、音乐、游戏等教玩具，按人均 4 件配备符合儿童生理和障碍特点的各类玩具和图书 | | |
| 4. 制度管理 | 具备岗位职责、业务管理、突发事件应急预案等内控制度，服务项目等信息向服务对象公示 | 提供照片、文字资料 | 有 |
| 5. 人员配备 | 至少配备 1 名机构管理人员（业务主管） | 提供①《项目人员配置清单》（格式自拟，至少包含人员身份信息及人员资质、学历、专业等信息）。②《在训儿童清单》（格式自拟，至少包含儿童身份信息及监护人姓名、联系方式、户籍地址或家庭住址等信息）。③按要求提供证明材料（人员资格证书和申请人连续三个月（至少包含近三个月中任意一个月份（不含投标当月））为其缴纳社保的证明，公办机构的编外劳务派遣专业技术人员的应提供第三方劳务派遣协议等证明资料），同时申请其他类别的，项目人员配置不得重复。 | 有 |
| | 业务主管（具有教育、医疗、康复、心理等相关专业本科以上学历）、康复医师、康复治疗师（具有医疗、康复、护理等相关专业背景并取得相应执业资格）、教师（具有教育、心理、儿童康复等相关专业背景并取得教师资格证书）等专业技术人员与收训儿童比例至少达到 1: 4，不少于 5 人 | | 有 |
| | 医疗机构康复治疗师与收训儿童比例不低于 1: 15； 教育机构按每班 2 教 1 保配备人员，教师与收训儿童比例不低于 1: 5 | | 有 |
| | 专业技术人员均应取得相应专业大专以上学历，应取得医疗资格证书、教师资格证等相应资质，并在本单位缴纳社会保险 | | 有 |
| 6. 服务能力 | 目前在训或征集公告发布前 1 年内训练周期不少于 3 个月的孤独症儿童不少于 10 名 | 提供名单汇总表（包括联系方式，以便抽取验证真实性），每名儿童均需出具三级医疗机构出具的医疗诊断书（诊断明确为孤独症、疑似孤独症、0-3 岁儿童诊断为发育迟缓等）或精神残疾人证，已纳入康复救助的在训儿童可以无锡市残联信息系统康复救助审核通过的截图代替 | 有 |
| | 能提供以下训练内容：社会交往与沟通、认知与感知、运动、生活自理、兴趣与行为、情绪管理等康复训练服务（至少 | ①训练内容提供至少 6 张以上不同训练情境的照片并匹配文字； | 有 |

| | | | |
|---------|---|--------------------------------|---|
| | 提供 6 张以上不同训练情境的照片并匹配文字); 康复效能评估 (至少提供 1 张以上照片并配文字) | ②康复效能评估 (至少提供 1 张以上照片并配文字) | |
| | 至少提供 1 份完整的基本康复训练档案, 包括康复服务登记表、初始状态评估表、康复训练计划、康复训练记录或康复训练日志、阶段性评估表 (至少每半年 1 次)、训练出勤表 (缺一不可) | 至少提供 1 份完整的基本康复训练档案 (六项内容缺一不可) | 有 |
| 7. 实施方案 | 提供孤独症儿童基本康复训练服务的具体实施方案一份 | | 有 |

法定代表人或法定代表人授权代表签字或盖章:

注: 其余资料可自行添加至此表, 证明材料附在本表后。