**2024年中山市残疾人康复救助项目（0-6岁残疾儿童康复救助服务）**

**采购需求问卷调查表**

**填表日期：**  **年 月 日**

**一、接受需求调查的市场主体基本情况**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 单位性质 |  |
| 联系方式 | 联系人 |  | 电话 |  |
| 传真/邮箱 |  |
| 与本项目采购需求相关的资质或认证证书 | 贵单位能够提供的残疾类别服务：🞎听力 🞎言语 🞎肢体（脑瘫） 🞎智力残疾 🞎孤独症 |
| 贵单位具备的资质、许可证书： |
| 是否属于中小微企业（本项目采购标的对应的中小企业划分标准所属行业为：其他未列明行业）**（非企业单位此项无需填写**） | 其他未列明行业的划分标准：从业人员≧300人的为大型企业；从业人员＜300人的为中小微型企业；其中，从业人员≧100人的为中型企业；从业人员≧10人的为小型企业；从业人员＜10人的为微型企业。 |
| 贵单位属于：🞎大型企业 🞎中型企业 🞎小型企业 🞎微型企业 |
| 备注 |  |

（注：可根据实际情况选填，也可以在此基础上外延增加内容）

**二、采购需求反馈意见**

|  |  |
| --- | --- |
| **调查项** | **实际情况及对项目的意见等** |
| **采购标的所在产业发展情况** | 请对采购标的行业现状进行概述。答： |
| 请对采购标的涉及的企业资质、人员资质进行概述。答： |
| 请对采购标的涉及的相关标准和规范进行概述。答： |
| **市场供给情况** | 请对市场竞争程度、价格水平或价格构成等进行概述。答： |
| **贵单位近5年来（2019年1月1日起至今）同类项目历史成交情况** | 合同履行时间 | 采购人 | 合同项目名称 | 项目预算 | 合同价 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **贵单位的履约能力** | 是否胜任本项目？请简要说明贵单位关于本项目的履约能力。答：  |
| **贵单位的服务能力** | 对完成本项目投入项目的团队人员配置、场地设备情况。 答：我公司承诺将快速响应，100%满足采购方的后期服务需求。 |
| 请说明贵单位针对项目能提供的创新服务和特色服务。 答： |
| **建议** | 有利于项目实施的建议答： |

注：按表格中要求的调查项，根据实际情况进行填写。供应商可在“建议”处提出贵单位对本项目实施的意见或建议；若无任何意见或建议的，请在对应项处填写“无”。

**三、价格调研**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 残疾类别 | 服务类型 | 服务内容 | 服务时长 (分钟/节)  频率  （次/年） | 报价（元/节） | 备注 |
| 听力言语残疾 | 一对一形式（个别化康复教学） | 围绕听能、言语、语言、认知、沟通等领域开展 |  |  |  |
| 小组形式（集体康复教学） | 围绕听能、言语、语言、认知、沟通等领域开展 |  |  |  |
| 免费评估 | 听力测试与助听设备效果评估 |  |  |  |
| 听觉能力评估 |  |  |  |
| 言语能力评估 |  |  |  |
| 格雷费斯精神发育评估（3 岁以内） |  |  |  |
| 希-内学习能力评估（3 岁以上） |  |  |  |
| 支持性康复服务 | 社区活动 |  |  |  |
| 家长培训 |  |  |  |
| 后续跟踪 |  |  |  |
| 智力残疾 | 一对一形式（个别化康复教学） | 围绕运动、感知、认知、言语、生活自理和社会适应等领域开展 |  |  |  |
| 小组形式（集体康复教学） | 围绕运动、感知、认知、言语、生活自理和社会适应等领域开展 |  |  |  |
| 免费评估 | 运动能力评估、感知能力评估、认知能力评估、言语能力评估、生活自理能力评估、社会适应能力评估、情绪行为评估等 |  |  |  |
| 支持性康复服务 | 社区活动 |  |  |  |
| 家长培训 |  |  |  |
| 后续跟踪 |  |  |  |
| 心理干预与支持服务 |  |  |  |
| 孤独症儿童 | 一对一形式（个别化康复教学） | 围绕运动、感知、认知、言语、生活自理和社会适应等领域开展 |  |  |  |
| 小组形式（集体康复教学） | 围绕运动、感知、认知、言语、生活自理和社会适应等领域开展 |  |  |  |
| 免费评估 | 认知能力评估、语言能力评估、运动能力评估、感知能力评估、社会适应能力评估、生活自理能力评估、情绪行为评估等 |  |  |  |
| 支持性康复服务 | 社区活动 |  |  |  |
| 家长培训 |  |  |  |
| 后续跟踪 |  |  |  |
| 心理干预与支持服务 |  |  |  |
| 肢体残疾 | 格式自拟 |  |  |  |

**说明：1.各单位需综合考虑自身实力及本项目实际情况内进行报价，杜绝弄虚作假、胡乱报价。**

**2.如有需要，可在“备注”栏对报价进行特别说明。**