附件4

评残公示（模板）

为加强残疾人证核发工作的监督，确保残疾人证的严肃性和公信力，根据《中华人民共和国残疾人证管理办法》规定,对经过指定医院(专业机构) 评定、符合残疾标准的下列人员进行公示。

公示时间为: XX年XX月XX 日~XX年XX月XX 日(5 个工作日)。请对照《残疾人残疾分类和分级》(GB/T26341-2010)，如认为公示对象不符合残疾标准,或评定过程存在弄虚作假行为，可在公示期间向县( 市、区)卫生计生委(局)、残联、纪委反映。举报电话: XXXX (县卫生计生局)、XXXX (县残联)、XXXX (县纪委) ;举报邮箱: XXXX (县卫生计生局)、xXXX (县残联)、XXXX (县纪委)。

市(州)残联监督电话: xxxXX,邮箱: XXXX

省残联监督电话: 0731-84619517,邮箱: hnclzlb@163.com

我们将严格履行保密义务，保护举报人的各项权益。为便于对反映的问题进行调查核实，请在反映问题时，提供具体事实或线索,以及本人的联系方式。

村(社区)委员会

XX年XX月XX日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 所在村民小组或居住小区 | 残疾类别与等级 | 评定医院 | 评定日期 |
|  |  |  |  |  |  |  |