**关于申请2018年“99公益日”**

**助残公益项目实施的通知**

2018年，山西省残疾人福利基金会参与腾讯“99公益日”活动，在腾讯公益平台发起“智障儿童启智助养”、“脑瘫儿童助养”、“孤独症儿童康复助养”项目，为帮助智障儿童、脑瘫儿童和孤独症儿童筹集善款。截止12月25日，三个项目共筹集项目善款26万余元，有意愿且符合条件的机构可向我会申请执行（申请条件、申请材料及其他事项请于我会联系）。

附件1：“智障儿童启智助养”项目申请表

附件2：“脑瘫儿童助养”项目申请表

附件3：“孤独症儿童康复助养”项目申请表

附件4：受助人信息登记表（确认为执行机构后填写）

附件5：受助人信息汇总表（确认为执行机构后填写）

附件6：受助人评价调查表（确认为执行机构后填写）

**联系方式：**

联系人：李变利

联系电话：0351-7230494

邮箱：sxcjrjjh @163.com

2018年12月15日

附表1：

**山西省2018年“99公益日·智障儿童启智助养”**

**项目申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请机构 | 受助单位名称 |  | | | | |
| 地址 |  | | | 邮箱 |  |
| 负责人 |  | 电话 |  | 传真 |  |
| 项目联系人 |  | 电话 |  | 手机 |  |
| 申请内容 | 我单位今特向山西省残疾人福利基金会申请“99公益日·智障儿童启智助养”项目经费 元，用于资助贫困残疾儿童康复训练。  申请单位盖章：  申 请 日 期： | | | | | |

附表2：

**山西省2018年“99公益日·孤独症儿童康复助养”项目申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请机构 | 受助单位名称 |  | | | | |
| 地址 |  | | | 邮箱 |  |
| 负责人 |  | 电话 |  | 传真 |  |
| 项目联系人 |  | 电话 |  | 手机 |  |
| 申请内容 | 我单位今特向山西省残疾人福利基金会申请“99公益日·孤独症儿童康复助养”项目经费 元，用于资助贫困残疾儿童康复训练。  申请单位盖章：  申 请 日 期： | | | | | |

附表3：

**山西省2018年“99公益日·脑瘫儿童助养”**

**项目申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请机构 | 受助单位名称 |  | | | | |
| 地址 |  | | | 邮箱 |  |
| 负责人 |  | 电话 |  | 传真 |  |
| 项目联系人 |  | 电话 |  | 手机 |  |
| 申请内容 | 我单位今特向山西省残疾人福利基金会申请“99公益日·脑瘫儿童助养”项目经费 元，用于资助贫困残疾儿童康复训练。  申请单位盖章：  申 请 日 期： | | | | | |

附表4：

**山西省2018年“99公益日”助残公益项目**

**受助人登记表**

项目名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | |  | 民族 |  | 年龄 |  |
| 残疾证号附 |  | | | | 残疾状况 | |  | |
| 家庭详细住址 |  | | | | | | | |
| 身份证号 |  | | | | 联系电话 | |  | |
| 家 庭  基本情况 | 人口数 | | 劳动力数 | | 年人均收入 | | 贫困程度 | |
|  | |  | |  | |  | |
| 受助金额 | 元 | | | | 领取人签字 | |  | |
| 执行机构意见 | （公章） 年 月 日 | | | | | | | |
| 省残疾人福利基金会意见 | （公章） 年 月 日 | | | | | | | |

说明：➊本表正反面都要认真详细填写，不得有漏项。上报时背面须附贴受捐者残疾证、身份证复印件和贫困证明。

➋本表一式二份，审批和配备完结后，执行机构存一份，省残疾人福利基金会存一份。

续表：

|  |  |
| --- | --- |
| 受助人残疾证复印件 |  |
| 受助人身份证或户口本复印件 |  |
| 受助人贫困证明 |  |

附表5：

**山西省2018年“99公益日”助残公益项目受助人信息汇总表**

项目名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 姓名 | 性别 | 残疾证号  （或身份证号） | 残疾  状况 | 家庭住址 | 联系电话 | 受助金额（元） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填报单位：**（公章）** 填报人： 填报日期：

说明：1、本表要填写详细，不得漏填；其中“家庭住址”一栏按“XX县（市）XX镇（街道）XXX村”样式填写。 2、本表电子版报至省残疾人福利基金会邮箱。

附表6：

受助人对项目评价调查表

项目名称：

1.对项目总体印象的评价：

□好 □较好 □一般 □差

2.对项目公正公开选定受助人的评价：

□好 □较好 □一般 □差

3.对组织管理履行协议的评价：

□好 □较好 □一般 □差

4.对项目社会效果的评价：

□好 □较好 □一般 □差

5.对项目设计和执行能力的评价：

□好 □较好 □一般 □差

签名（盖章）：

年 月 日