晋残福基函［2020］1 号

**关于做好2019年“集善助残计划”**

**项目实施工作的通知**

各项目执行单位：

为切实帮助残疾人改善生存生活状况，促进我省残疾人公益事业的发展，山西省残疾人福利基金会围绕残疾人脱贫攻坚的需求，2019年“99公益日”在腾讯公益平台发起了旨在帮扶残疾人康复、医疗、助学、助困、助养等多个领域的“集善助残计划”助残公益筹款项目。9月7-9日三天项目共筹善款1,688,812.42元。为做好项目的实施工作，现将项目实施工作有关事项通知如下：

**一、资助对象、资助条件以及受助人申请材料**

（一）资助对象：具有山西户籍、在项目执行单位定点康复的残疾人。

（二）资助条件：持有残疾证的低收入贫困残疾人；未获得残疾证的，需有街道或村委会开具低收入证明。

（三）申请材料：

1、身份证（复印件）；

2、残疾证（复印件）；

3、建档立卡证明/低保证（复印件）或贫困证明（原件）。

1. **项目实施要求**
2. 各项目执行单位填写《2019年“集善助残计划”项目申请表》（附表1）并加盖公章，于两个工作日内扫描发送至我会邮箱（sxcjrjjh@163.com）。
3. 各项目执行单位根据《关于做好2019年“集善助残计划”项目实施工作的通知》要求，严格筛选资助对象，并组织受助对象填写《2019年“集善助残计划”项目受助人信息登记表》（附表2）、《2019年“集善助残计划”项目受助人信息汇总表》（附表3）和《2019年“集善助残计划”项目受助人评价调查表》（附表4），电子版一份、纸质版一份加盖公章(文件及表格下载详见网站最新公告）。

3、各项目执行单位应积极收集项目执行中的相关图片、影音资料及媒体报道等上报我会，具体内容如下：

（1）提供3张以上项目执行相关照片（JPG格式）；

（2）提供1-2个典型人物案例（电子版）；

（3）受助人感谢信等;

4、项目执行完毕后，各项目执行单位将项目所有资料汇总纸质版于2020年4月1日前邮寄至我会，资料电子版发送至我会邮箱（sxcjrjjh@163.com），以便我们对项目开展情况进行总结评估。

**三、联系方式**

山西省残疾人福利基金会

地址：山西省太原市南内环街寇庄西路42号

邮编：030012

联系人：李变利18404908497

白 静 13313510923

电话：0351-7230494

传真：0351-8333902

网址：[www.sxwfh.org.cn](http://www.sxwfh.org.cn)

（文件电子版下载见网站“最新公告”）

附表1：2019年“集善助残计划”项目申请表

附表2：2019年“集善助残计划”项目受助人信息登记表

附表3：2019年“集善助残计划”项目受助人信息汇总表

附表4：2019年“集善助残计划”项目受助人评价调查表

山西省残疾人福利基金会

2020年1月14日

附表1：

**2019年“集善助残计划”项目申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请机构 | 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2019年“集善助残计划”项目经费元，用于。  单位盖章：  日期： | | | | | |

附表2：

**2019年“集善助残计划”项目 受助人登记表**

机构名称：（加盖公章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | 民族 |  | 年龄 |  |
| 残疾证号 |  | | | | 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 | |
|  | |  | |  | |  | |
| 是否享受其他补贴（国家、机构等） | | | | |  | | | |
| 受助金额 | 元 | | | | 领取人签字 | |  | |
| 执行单位意见 | （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助者残疾证、身份证复印件和贫困证明。

➋本表一式二份，项目执行单位留存一份，山西省残疾人福利基金会留存一份。

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3：

**2019年“集善助残计划”项目受助人信息汇总表**

机构名称：（加盖公章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 姓名 | 性别 | 残疾证号/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4：

2019年“集善助残计划”项目

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