晋残福基函［2017］4 号

**关于做好山西省2017年“集善工程·幸福同行”假肢项目筛查工作的通知**

太原市、大同市、长治市、忻州市、吕梁市残联：

2017年“集善工程·幸福同行”假肢项目是由中央财政支持50万元，我会配套57万元共同开展的公益项目，旨在为贫困残疾人安装假肢，帮助他们重新站起来、走出家门融入社会。经理事会研究决定，项目拟在太原市、大同市、长治市、忻州市和吕梁市开展。为将这一爱心助残工程实施好，造福我省贫困肢体残疾人，现将项目筛查工作有关事项通知如下：

**一、资助对象、资助条件和申请材料**

（一）项目资助对象为贫困或低收入下肢截肢残疾人（大腿、小腿共2种形态之一者）。

（二）资助条件：

1、下肢截肢残疾人，双腿残疾优先。

2、家庭贫困的肢体残疾人，低保肢体残疾人优先；

3、学历高者优先资助；贫困家庭中一户多残家庭的肢体残疾人优先资助；多重残疾的肢体残疾人优先资助。

（三）申请材料：

1、身份证（复印件）；

2、残疾人证（复印件）；

3、贫困证明（原件）/低保证（复印件）。

**二、项目要求**

1、各市残联要高度重视此项工作，加强对该项目的组织领导，确定一名理事会领导分管此项目，确定专门科室和专门人员具体负责项目的筛查工作，确保装配对象为贫困或低收入残疾人，并按时完成。

2、筛查期间，各地要充分发挥乡、村两级残疾人组织和专职委员的作用，进村入户。力争做到不漏村、不漏户、不漏人；要充分利用当地媒体的宣传作用，通过刊播（发）消息、刊登广告等形式，宣传此公益项目，做到家喻户晓；要做好落选残疾人和家属的解释工作。

3、各地在筛查过程中，要注意发现和选择那些生产生活条件特别困难，但自强上进、事迹感人、救助效果明显的肢体残疾人作为救助对象典型事例（每个地市推荐不少于5例）。请将典型事例相关文字、图片资料电子版报送至我会邮箱。

4、各地将所辖区域内需要安装假肢人员筛查名单（见附表2）电子版报送至我会邮箱。

5、请将上述资料（典型事例不少于5例、受助人筛查名单）电子版于10月12日前报送完毕。各地在筛查工作中遇到的其它问题请及时向我会反映。文件及汇总表可在基金会网站“最新公告”中下载查阅。

**三、联系方式**

山西省残疾人福利基金会

地址：太原市平阳路101号国瑞苑4单元501室

邮编：030006

联系人：武鹏飞 手机：18235102010

电话/传真：（0351）7230494

网址：www.sxwfh.org.cn

邮箱：sxcjrjjh@163.com

附表1：山西省2017年度“集善工程·幸福同行”假肢项目分配表

附表2：山西省2017年度“集善工程·幸福同行”假肢项目筛查登记表

 山西省残疾人福利基金会

2017年9月26日

附表1

**山西省2017年度“集善工程·幸福同行”假肢项目分配表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 地市 | 数量（例） | 小计（例） |
| 大腿 | 小腿 |
| 1 | 太原市 | 14 | 18 | 32 |
| 2 | 大同市 | 14 | 18 | 32 |
| 3 | 长治市 | 14 | 18 | 32 |
| 4 | 忻州市 | 13 | 19 | 32 |
| 5 | 吕梁市 | 13 | 19 | 32 |
| 总计（例） | 68 | 92 | 160 |

附表2

**山西省2017年“集善工程·幸福同行”假肢项目筛查登记表**

**填报单位（公章）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓 名** | **性 别** | **身份证号码** | **年 龄** | **学****历** | **贫困程度****（贫困/低保）** | **下肢假肢** | **家庭住址** | **联系方式** | **备注**（多重残疾/一户多残家庭请在此栏备注） |
| **具体类型****（大腿/小腿）** | **数 量** |
|  |  |  | **所有内容请务必填写，不得留有空白处。** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填报人： 联系电话： 填表日期: 年 月 日