晋残福基函[2018]08号

**关于做好山西省“LG·爱的滋润”助残**

**公益项目化妆品发放工作的通知**

各市残联：

为关心支持山西省残疾人事业，中国残疾人福利基金会联合爱心单位向我省捐赠一批韩国LG生活健康旗下菲诗小铺化妆品,用于帮助残疾人提高生活质量，让社会大爱滋润人们的心田。为组织实施好化妆品发放工作，根据捐赠方要求和理事会审定的有关发放事项，现通知如下：

**一、发放对象**

本项目资助对象为我省贫困残疾人。

**二、实施流程**

1、我会将捐赠物资运输至各受助单位指定接收地点（各市分配数量见附表1），各受助单位收到化妆品后填写《山西省“LG·爱的滋润”助残公益项目化妆品签收证明单》（附表2）和《山西省“LG·爱的滋润”助残公益项目化妆品签收明细表》（附表2续表），加盖公章后于2个工作日内传真至我会。

2、各受助单位要结合实际以多种进行配发，并组织受助残疾人填写《山西省“LG·爱的滋润”助残公益项目化妆品受助残疾人信息汇总表》（附表3）。其他需上报资料具体内容如下：

（1）提供5张以上项目执行相关照片（JPG格式）；

（2）提供项目执行相关影像资料（电子版）；

（3）提供项目媒体报道和宣传资料（电子版或纸质版）。

3、请各受助单位于5月31日前将以上资料纸质版加盖公章后邮寄至我会，相关资料电子版同步发送至基金会邮箱。

**三、本项目联系方式**

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：宋亮颖 联系电话：18435156545

电话/传真：（0351）7233354

邮箱：sxcjrjjh@163.com

附表1：山西省“LG·爱的滋润”助残公益项目各地

市分配数量表

附表2：山西省“LG·爱的滋润”助残公益项目化妆品签收证明单

附表3：山西省“LG·爱的滋润”助残公益项目受助残疾人信息汇总表

山西省残疾人福利基金会

 2018年3月29日

附表1

**山西省“LG·爱的滋润”助残公益项目**

**各地市分配数量表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 资助单位 | 分配数量（件） |
| 1 | 太原市残联 | 16423 |
| 2 | 大同市残联 | 16423 |
| 3 | 朔州市残联 | 16423 |
| 4 | 忻州市残联 | 16423 |
| 5 | 晋中市残联 | 16423 |
| 6 | 吕梁市残联 | 16423 |
| 7 | 长治市残联 | 16423 |
| 8 | 阳泉市残联 | 16423 |
| 9 | 晋城市残联 | 16423 |
| 10 | 临汾市残联 | 16423 |
| 11 | 运城市残联 | 16423 |
| 12 | 合计 | 180653 |

附表2

**山西省“LG·爱的滋润”助残公益项目**

**化妆品签收证明单**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 单位情况 | 单位名称 |  |
| 详细地址 |  | 邮编 |  |
| 项目联系人 |  | 邮箱 |  |
| 联系电话 |  | 手机 |  |
| 签收情况 | 分配我市/县(单位)化妆品 件已收到。特此证明。 （附化妆品签收明细表）  （单位盖章） 年 月 日 |
| 备注 |  |

说明：收到捐赠物品后于2日内将本表传真到省残疾人福利基金会.

续表

**山西省“LG·爱的滋润”助残公益项目**

**化妆品签收明细表**

单位（公章）：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 箱数 | 件数/箱 | 总计 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | 总计 |  |  |  |

 经手人： 日期: 年 月 日

附表3

**山西省“LG·爱的滋润”助残公益项目受助残疾人信息汇总表**

单位名称 （盖章）: 填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 残疾证号 | 家庭住址 | 联系电话 | 领取时间 | 领取件数 | 领取人签字 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

经办人及联系电话： 负责人签字：