

河南省残疾人福利基金会

豫残福基函〔2020〕97号

关于申报实施 2021 年度河南省残疾人福利基金会集善明门儿童轮椅捐赠项目的函

各有关单位：

近日，省残疾人福利基金会争取中国残疾人福利基金会支持，2021 年将在我省继续开展“阳光伴我行”集善明门儿童轮椅项目。为科学合理分配儿童轮椅，按照中国残疾人福利基金会要求，现将有关轮椅申报事宜函告如下：

一、捐赠形式

全免费捐赠，从郑州转运到各地运输及搬运费由各受赠单位承担。

二、项目实施

1. 提交申请。各有关单位根据实际情况，提出儿童轮椅需求，进行实名申报。提交申请表及受助人名单（详见附件），我会将根据年度捐赠量和各单位申报受助人数量统筹分配儿童轮椅。

2. 项目受助人筛查标准为：3-15 岁、体重在 45 公斤以下的脑瘫、脑外伤、脊髓损伤、进行性肌营养不良、其他伴肢体功能障碍残疾儿童，城乡最低生活保障家庭、建档立卡贫困户家庭等经济困难家庭优先。

3. 本年度儿童轮椅的捐赠价值以进出口报关价计算。物资价值按上一年度物资价值估算每辆儿童轮椅约为 1100 元，海绵头靠组和脚套组价值 24.56 元。

如你单位计划开展河南省残疾人福利基金会集善明门儿童轮椅项目,请按照要求于 10 月 19 日前报送儿童轮椅需求情况(提交项目申请表及受助人申请表原件) 报送我会。

联系人: 聂卫军

联系电话: 0371-60856916 15937138269

邮箱: 346230762@qq.com

附件: 1. “阳光伴我行” 集善明门儿童轮椅项目申请表

2. “阳光伴我行” 集善明门儿童轮椅项目受助人申请表

3. “阳光伴我行” 集善明门儿童轮椅项目机构申请表

4. “阳光伴我行” 集善明门儿童轮椅项目受助儿童信息汇总表



附件 1

2021 年度“阳光伴我行”集善明门儿童轮椅项目申请表

<p>项目内容</p>	<p>_____ (单位) 申请执行河南省残疾人福利基金会“阳光伴我行”集善明门儿童轮椅项目，我单位申请_____辆儿童轮椅，资助 3-15 岁、体重在 45 公斤以下的脑瘫、脑外伤、脊髓损伤、进行性肌营养不良、其他伴肢体功能障碍残疾儿童使用。</p>
<p>申请单位名称</p>	<p>单位名称：</p>
<p>申请单位地址 和邮编</p>	<p>地址： 邮编：</p>
<p>申请单位联系人、 电话和邮箱</p>	<p>姓名： 电话：（ ） - 手机： 邮箱：</p>
<p>1. 我单位保证按照项目有关要求执行项目，确保项目按时保质完成； 2. 我单位保证所报信息真实准确，合法有效，并按照有关法律法规，自觉接受项目监管和评估。</p> <p>申请单位： 法定代表人签字： (单位盖章) 日期： 年 月 日</p>	

注：申请人签字需手写：

附件 2

“阳光伴我行”集善明门儿童轮椅项目受助人申请表

儿童姓名		性别		出生年月	
民族		监护人		联系电话	
儿童身份证号 或残疾证号					
家庭住址					
筛查标准	<input type="checkbox"/> 脑瘫 <input type="checkbox"/> 脑外伤 <input type="checkbox"/> 脊髓损伤 <input type="checkbox"/> 进行性肌营养不良 <input type="checkbox"/> 其他伴肢体功能障碍				
家庭经济状况	<input type="checkbox"/> 城乡最低生活保障家庭 <input type="checkbox"/> 特困人员供养范围儿童 <input type="checkbox"/> 福利机构收留抚养儿童	<input type="checkbox"/> 建档立卡贫困户家庭 <input type="checkbox"/> 残疾孤儿 <input type="checkbox"/> 其他经济困难家庭	户口类别	<input type="checkbox"/> 农业户 <input type="checkbox"/> 非农业户	
享受医疗保险情况	<input type="checkbox"/> 享受城镇职工基本医疗 <input type="checkbox"/> 享受农村合作医疗 <input type="checkbox"/> 享受医疗救助 <input type="checkbox"/> 享受其他保险 <input type="checkbox"/> 无医疗保险				
监护人申请	申请人： 申请日期：				
执行机构 审核意见	审核人： 审批日期： 公章：				

注：申请人签字需手写

附件 3

“阳光伴我行”集善明门儿童轮椅项目受助机构申请表

机构名称			
地 址		电 话	
机构性质		组织机构代码	
负 责 人		职 务	
服务 残疾儿童类型	<input type="checkbox"/> 脑瘫 <input type="checkbox"/> 脑外伤 <input type="checkbox"/> 脊髓损伤 <input type="checkbox"/> 进行性肌营养不良	服务残疾儿童人数(名) (2021 年)	
申请数量			
申请机构	负责人 申请日期: 公 章:		
执行机构 审核意见	审核人: 审批日期: 公章:		

注：负责人签字需手写

附件 4

中国残疾人福利基金会“阳光伴我行”集善明门儿童轮椅项目受助儿童信息汇总表

填写时间： 年 月 日

(单位名称)

序号	姓名	性别	年龄	身份证号/残疾证号	家庭住址和邮编	监护人姓名	监护人电话/手机	发放单位	备注
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

(单位盖章) 负责人姓名:

经办人姓名及手机:

说明:

1. 请完整、准确、真实填写所列信息;
2. 身份证号和残疾证号可选填一个, 如果没有证件号请注明原因;
3. 联系电话中如固定电话请填写地方区号;
4. 监护人如果没有电话, 请在“备注”一栏填写当地项目负责人的电话, 以便对受助者和项目进行回访和监管;
5. 请将未执行发放的儿童轮椅情况加以说明。