附件2：

**福田区残疾人真挚关爱服务计划申请表**

 街道 社区 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 家庭人均月收入 |  |
| 身份证号 |  | 残疾证号 |  | 是否低保家庭 | □是 □否 |
| 家庭住址 |  | 工作单位 |  | 联系电话 |  |
| 监 护 人 |  | 与残疾人关系 |  | 联系电话 |  |
| 申请人 | 残疾类别和等级 | 残疾类别：□视力残疾 □听力残疾 □言语残疾 □肢体残疾 □智力残疾 □精神残疾 □多重残疾残疾等级：□一级 □二级 □三级 □四级目前状态：□在机构康复训练 □住院治疗 □就读 □就业 □在家 |
| 服务需求 | 1、资助残疾儿童就读幼儿园□2、资助残疾人住院治疗□3、资助在读残疾人大学生购置电脑□4、资助精神和智力残疾人及街道职康中心残疾人会员购买社会保险□ | 5、资助听力残疾人人工耳蜗植入手术□6、资助智力残疾人机构安养□7、资助白内障患者复明手术□8、资助残疾人出版专辑□ |
| 申请资助 | 接受教育/医疗/安养机构：申请资助金额：申请人签名：  |
| 最近一年内接受过何种资助 □项目： □金额：  |
| 社区审核意见 | 审核人： 盖章：年 月 日 | 街道审核意见 | 审核人： 盖章：年 月 日 |
| 区残联审批意见：审批人： 盖章：  年 月 日 |