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 | | | | | | | | | | | |