附件1

**“福康工程”项目申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | | 性别 | □男 □女 | 户籍 |  | 出生  日期 | 年 月 日 |
| 身份证号 |  | | | | 民族 |  | 电话 |  |
| 常住地址 |  | | | | 亲属或监护人及联系方式 | |  | |
| 个人情况 | □建档立卡贫困户残疾人 □低保家庭残疾人 □特困人员中的残疾人 | | | | | | | |
| 申请内容 | 申请原因（残疾等级情况） | | | | | | | |
| 申请内容 | □手术 □康复  □假肢 □矫形器  □轮椅 □拐杖 □助行器 □护理床 | | | | | | |
| 县级民政部门审核意见 | 审核人： (盖章)  年 月 日 | | | | | | | |
| 市级民政部门审核意见 | 审核人：  (盖章)  年 月 日 | | | | | | | |
| 省级民政部门审核意见 | 审批人： (盖章)  年 月 日 | | | | | | | |
| 筛查情况 | □通过手术康复筛查 □通过假肢矫形器配置筛查 □已填报康复辅具配发需求 | | | | | | | |
| 项目实施  情况 |  | | | | | | | |

说明：1.顶端深色背景部分由申请人或代办人填写；2.“筛查情况”、“项目实施情况”由服务提供单位填写，其中“项目实施情况”填写受助对象手术时间、名称、术后情况，或假肢矫形器和康复辅助器具配置种类、数量等；3.附上受助对象身份证复印件，以及县级扶贫部门出具的建档立卡贫困户证明复印件，或县级民政部门出具的低保家庭、特困人员证明复印件。