附件2

2023年度湖北省残联“关爱我的残疾人

兄弟姐妹”志愿助残服务项目

申

报

书

项 目 名 称:

申 报 单 位:

单 位 负 责 人：

填 报 日 期： 年 月 日

一、申报组织信息

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 组织名称 |  | | | | | | | | | | |
| 组织性质 | □民办非企业 □社会团体 □工商注册  □备案助残组织 □其他（请注明）： | | | | | | | | | | |
| 组织类型 | □残疾人互助型组织 □残疾人服务型组织 | | | | | | | | | | |
| 成立时间 |  | | 登记证号 |  | | | 法人代表 | | |  | |
| 通讯地址 |  | | | | 联系电话 | | |  | | | |
| 主要业  务范围 | （50字以内） | | | | | | | | | | |
| 荣誉表彰 | （100字以内） | | | | | | | | | | |
| 近三年获资助经费情况 | 政府购  买服务 |  | | | 出资机构 | | | |  | | |
|  | | |  | | |
| 社会  捐赠 |  | | | 捐赠方 | | | |  | | |
|  | | |  | | |
| 其他 |  | | | 出资方 | | | |  | | |
| 机构 | 机构年审（2022度） | | | | | □合格 □不合格 | | | | | |
| 账户名称 |  | | | | | | | | | |
| 账号 |  | | | | | | | | | |
| 开户行 |  | | | | | | | | | |
| 银行行号（12位） |  | | | | | | | | | |
| 执行同类  项目情况 | 项目名称 | | | | 起止时间 | | | | 资助单位及金额 | | |
|  | | | |  | | | |  | | |
|  | | | |  | | | |  | | |
| 项目团队 | 姓名 | 性别 | 职务 | | 专业技术职称 | | | | 服务年资 | | 专/兼职 |
|  |  |  | |  | | | |  | |  |
|  |  |  | |  | | | |  | |  |
| 附件 | 已注册社会组织须附由县级及县级以上残联审定盖章的组织机构代码证复印件；  未注册社会组织须附由县级及县级以上残联审定盖章的备案证明及资质担保证明和资金监管同意书复印件（附到最后）。 | | | | | | | | | | |

二、申报项目信息

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | （20字以内） | | 年均服务人数 |  |
| 项目领域 | □托养服务 □康复服务 □就业创业 □辅具适配 □无障碍建设 □精神文化 | | | |
| 服务群体 | （30字以内） | | | |
| 项目目标 | （简述量化的总目标及子目标，50字以内） | | | |
| 项目内容 | （描述服务领域、服务对象及需求、服务方式、人力财力支持、所达目标等，300字以内） | | | |
| 执行安排 | （分阶段简述项目进度安排，200字以内。时间从2023年7月起）  第一阶段：  第二阶段：  、、、、、、 | | | |
| 优势分析 | （简要分述可行性、创新性和可持续性，200字以内） | | | |
| 风险分析及应对预案 | （简述已经或可能面临困难及风险，并进行分析，提出应对措施。200字以内） | | | |
| 经费预算 | 经费类别（服务类、工作类） | 主要用途 | | 金额（元） |
| 服务类（不低于80%） | 1.\*\*\* | | \*\*\*.\*\* |
| 2. | |  |
| 3. | |  |
| ...... | |  |
| 工作类（不得高于20%） | 1.\*\*\*（项目组织管理等相关开支，但不得列支基础设施、大额办公工具、人员工资等） | |  |
| 2. | |  |
| ...... | |  |
| 合计 | \_\_\_\_\_万元（大写： ）。 | | | |
| 执行周期 | 年 月 日 至 年 月 日。 | | | |

承诺书

本机构保证此申报书填报的所有内容及提交的所有资料均真实、合法、有效，并承诺在项目申请及实施过程中，严格遵守项目组织管理规则，接受项目监管、审计和评估，承担相应的责任。如有违反相关规定的行为，则自动取消申请资格并服从项目主管单位的裁决。

机构名称（加盖公章）：

机构法人代表或授权代表（签字）：

时间：

（已注册的组织后附由县级及县级以上残联审定盖章的组织机构代码证扫描或复印件；未注册的组织后附由县级及县级以上残联审定签字盖章的备案证明以及资质担保证明及资金监管同意书扫描或复印件。）