

江门市_____区残疾人康复资助申请表

填报日期：

社区（村）联系电话：

姓名		性别		出生年月		贴照片处
残疾类别		残疾等级		残疾证或身份证号码		
工作单位				单位电话		
户籍地址				家庭电话		
家庭主要成员情况	姓名	年龄	关系	工作单位	月收入（元）	家庭人均年收入（元）
贫困情况	<input type="radio"/> 低保、低收入家庭（低保、低收入证号：_____） <input type="radio"/> 家庭人均收入在低保线 160%以内 <input type="radio"/> 特殊经济困难					
申请资助项目			康复服务实施机构			
社区、村委会填写家庭困难状况说明						（盖章） 年 月 日
镇（街）残联审核意见			区、市残联 审批意见	同意资助项目： 资助金额：		
	年 月 日（盖章）			年 月 日（盖章）		

一、准备资料说明：

1、申请人本人第二代《中华人民共和国残疾人证》、《户口簿》及其复印件；2、低保、低收入家庭证复印件或所在社区（村委会）出具的困难证明。3、提供康复评估机构出具的康复需求评估表

二、要求：1、此表一式两份（一份区残联存，一份存所在社区康复服务档案）

2、表格所有项目不能漏填，审批手续完善并加盖公章；