附表3:

“贫困重度残疾人家庭无障碍改造”项目申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人基本情况 | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 残疾类别 |  | 残疾人证号 |  |
| 家庭住址 |  | | | | | 扶贫手册或低保证编 号 |  | 联系电话 |  |
| 残情户情简 介 |  | | | | | | | | |
| 申请家庭无障碍改造的内容 | 地面平整\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（平方米），坡化\_\_\_\_\_\_\_\_\_（处），房门改造\_\_\_\_\_\_\_\_\_（个）；  厨房：低位灶台\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（个）；卧室：安装扶手\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（副）；卫生间：安装扶手\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（副），安装坐便器\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（个），浴凳\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（个）；其它：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。  申请人签名（盖印）：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 镇（办）意 见 | 年 月 日 | | | | | | | | |
| 区级残联  意 见 | 经审核，同意对该同志家庭为我县（市、区）\_\_\_\_\_\_\_\_\_年度贫困重度残疾人家庭无障碍改造对象。改造内容如下：地面平整\_\_\_\_\_\_\_\_（平方米），坡化\_\_\_\_\_\_\_\_\_（处），房门改造\_\_\_\_\_\_\_（个）；厨房：低位灶台\_\_\_\_\_\_\_\_（个）；卧室：安装扶手\_\_\_\_\_\_\_（副）；卫生间：安装扶手\_\_\_\_\_\_\_\_（副），安装坐便器\_\_\_\_\_\_\_\_（个），浴凳\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（个）；其它：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。  预算经费：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元。  年 月 日 | | | | | | | | |

注：本申请有效期为五年，是否享有项目资助取决于以下三条件：①房屋是否具有改造价值；②残疾人对家庭无障碍需求程度评估得分；③本地项目指标的数量。