附件1

淮安市社会助残服务优秀项目培育申报表

（2025年度）

申 报 机 构：

申 报 项 目:

负 责 人：

填 报 日 期 ： 2025年 月 日

一、社会组织基本情况

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 | |  | | | |
| 机构性质 | | □社会团体 □社会服务机构 □基金会  □其他（请注明）： | | | |
| 业务范围 | |  | | | |
| 成立时间 | |  | 登记证号 | |  |
| 承接过的助残服务项目 | |  | | | |
| 法人代表/  负责人姓名和联系电话 | |  | 身份证号 | |  |
| 机构地址 | |  | | | |
| 机构业务主管单位 | |  | 统一社会信用代码（或组织机构代码） | |  |
| 账户名称 | |  | | | |
| 开户账号 | |  | | | |
| 开户行 | |  | | | |
| 资金来源 | 2024年收入资金（元） | 财政资金（含福彩资金） | |  | |
| 其他资金 | |  | |
| 资金收入合计 | |  | |
| 2024年项目支出资金合计（元） | | | |  | |

二、申报项目

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | |
| 起止时间 | 2025年4月1日-2025年11月30日 | 申报  资金 | （注：按照项目实际需要填报，不超过2万元） |
| 项目负责人 |  | 联系  电话 |  |
| 项目负责人邮箱 |  | | |
| 服务对象 |  | 直接受益人数 |  |
| 实施地域 |  | | |

三、实施方案

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 需求分析  （500字以内） | | 请从项目的起源和背景（包括问题的现状、问题的严重性和紧迫性、项目为何必要以及项目与社会、环境或特定群体的关联性）进行描述。 | | | |
| 受益群体描述（200字以内） | | 直接受益群体：特征、需求及数量  间接受益群体：特征、需求及数量 | | | |
| 项目目标及主要指标（300字以内） | | 阐述本项目的长期和短期目标，需要具有具体性、可衡量性和可实现性。 | | | |
| 项目实施计划（800字以内,主要包括项目实施的主要内容：时间安排、服务频次、服务人员数量、产出等) | | 实施时间 | 实施内容 | | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
| 风险分析及应对预案（200字以内） | |  | | | |
| 预算安排 | | | | | |
| 申  报  项  目  资  金  支  出  明  细 |  | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
| 总计 |  | | | | |