附件1

2025年舒城县集善卫浴无障碍项目指标数

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 乡 镇 | 2025年项目  指标数 | 乡 镇 | 2025年项目  指标数 |
| 城关镇 | 12 | 阙店乡 | 6 |
| 晓天镇 | 6 | 高峰乡 | 6 |
| 桃溪镇 | 5 | 庐镇乡 | 5 |
| 万佛湖镇 | 6 | 河棚镇 | 4 |
| 千人桥镇 | 8 | 舒茶镇 | 6 |
| 百神庙镇 | 8 | 春秋乡 | 6 |
| 杭埠镇 | 8 | 柏林乡 | 8 |
| 南港镇 | 10 | 棠树乡 | 8 |
| 干汊河镇 | 9 | 山七镇 | 7 |
| 张母桥镇 | 6 | 汤池镇 | 9 |
| 五显镇 | 7 | 合计 | 150 |

附件2

集善卫浴无障碍项目摸底汇总表

单位名称（盖章）： 填报时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 残疾类别/等级 | 残疾证号 | 安装地址 | 联系电话 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |

说明：备注栏填写低保户、生活困难、一户多残、以老养残等信息。

附件3

集善卫浴无障碍项目申请审批表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 联系电话 |  |
| 残疾证号 |  | | | | |
| 残疾类别 |  | | | 残疾等级 |  |
| 家庭状况 | □低保户 □生活困难 □一户多残 □以老养残 □其他（ ） | | | | |
| 申请改造的  家庭地址 |  | | | | |
| 住宅情况 | □自有 □非自有 | | | 家庭人数 |  |
| 无障碍改造  申请内容 | 设施改造安装 | 电热水器 台  淋浴喷头（含水管及配件） 个 | | | |
| 辅助器具安装 | 无障碍坐便淋浴两用凳 个  无障碍L型扶手 个  无障碍一字扶手 个 | | | |
| 申请人  （或亲属） | 签名： 年 月 日 | | | | |
| 省/自治区残疾人福利基金会审核意见：  （签章）  年 月 日 | | | | | |

编号：

附件4

集善卫浴无障碍项目验收表

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | 残疾类别 | | | |  |
| 残疾证号 |  | | | | 联系电话 | | | |  |
| 改造地址 |  | | | | | | | | |
| 安装单位 |  | | | | | | | | |
| 开工日期 |  | | 完成日期 | | |  | | | |
| 改造安装  负 责 人 |  | | 联系电话 | | |  | | | |
| 无障碍  改造  安装  完成  情况 | 设施改造安装 | | 电热水器 台  淋浴喷头（含水管及配件） 个 | | | | | | |
| 辅助器具安装 | | 无障碍坐便淋浴两用凳 个  无障碍L型扶手 个  无障碍一字扶手 个 | | | | | | |
| 受助对象  （本人或监护人）  签名：  年 月 日 | | 改造安装单位  盖章  年 月 日 | | | | | 省残疾人  福利基金会  盖章  年 月 日 | |
| 改造安装前后对比照片  （可附页） | （前） | | | （后） | | | | | |
| 改造安装前后对比照片  （可附页） | （前） | | | （后） | | | | | |
| 改造安装  评价  （受助对象勾选） | 满意**□** 基本满意**□** 不满意**□** | | | | | | | | |
| 改造  安装  意见 | 受助对象  （本人或监护人）  签名：  年 月 日 | | 改造安装单位  盖章  年 月 日 | | | | 省/自治区残疾人  福利基金会  盖章  年 月 日 | | |

说明：此表由省/自治区残疾会、改造安装单位和受助对象共同填写。