|  |
| --- |
| **脑瘫儿童滋养计划项目——资助机构信息申报表** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构资质 | 机构名称 | |  | | | | | | | |
| 统一[社会](https://baike.baidu.com/item/%E7%A4%BE%E4%BC%9A%E4%BF%A1%E7%94%A8%E4%BB%A3%E7%A0%81" \t "https://baike.baidu.com/item/%E4%B8%89%E8%AF%81%E5%90%88%E4%B8%80/_blank)  [信用代码](https://baike.baidu.com/item/%E7%A4%BE%E4%BC%9A%E4%BF%A1%E7%94%A8%E4%BB%A3%E7%A0%81" \t "https://baike.baidu.com/item/%E4%B8%89%E8%AF%81%E5%90%88%E4%B8%80/_blank) | |  | | | 成立年限 | |  | | |
| 机构性质 | | 基金会、民非等 | | | 社会组织  评估等级 | |  | | |
| 全职人员数量 | |  | | |  | |  | | |
| 枢纽能力 | 合作项目实施与管理  （作为枢纽或链接其他机构的项目） | | 2020 | 从项目简介、覆盖机构量、项目中的角色、资金量等方面描述（下同） | | | | | | |
| 2021 |  | | | | | | |
| 2022 |  | | | | | | |
| 联合筹款规模  （方式包含但不限于互联网、线下活动、企业等 ） | | 合作机构数量 | 已合作的联合筹款  康复机构数量 | | | | | | |
| 2020 | 从筹款方式、筹款项目及金额，机构数量，筹款链接等方面描述（下同） | | | | | | |
| 2021 |  | | | | | | |
| 2022 |  | | | | | | |
| 能力  建设 | | 专业能力建设 | 针对覆盖执行机构开展专业能力培训内容、参与机构数量、次数 | | | | | | |
| 筹款能力建设 | 针对覆盖执行机构开展筹款能力培训内容、参与机构数量、次数 | | | | | | |
| 筹款执行 | 近3年的  年现金捐赠收入 | 年份 | 总金额 | | 企业捐赠 | 公众募捐 | 近3年的  公益项目支出 | | 年份 | 数额 |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 外部合作 | 类型 | 年份 | 合作内容 |
| 承接中国残疾人福利基金会项目 | 2020 | 从项目简介、资金量、受益人数等方面描述（下同） |
| 2021 |  |
| 2022 |  |
| 承接政府  购买项目  （各级政府、残联、民政等部门助残领域项目） | 2020 |  |
| 2021 |  |
| 2022 |  |
| 获得荣誉 | 2020 |  |
| 2021 |  |
| 2022 |  |
| 机构综述 | 1、包括但不限于机构基本情况、服务人群、服务和筹资能力、重要资源等  2、请就机构参与项目管理、机构管理、指导等情况进行描述  3、请对机构负责人进行简要介绍 | | |

**需提交附件：**

1. 注册登记证书及社会组织等级评估证书；

2、机构近3年的年报、财报、审计报告；

3、机构章程、人员岗位职责、财务管理、项目经费管理、固定资产管理等相关制度；

4、已合作的联合筹款康复机构数量所对应的名单；

5. 计划参与本次项目执行所有康复机构的《附件2：脑瘫儿童滋养计划项目——康复机构信息表》，并盖章完成；

5、联合劝募康复机构数量的合作证明，包含但不限于与康复机构的联合筹款方式、合作协议、共同筹资证明、机构管理规范等；

6、员工劳务合同一份（可隐藏敏感信息）；

7、机构申报信息承诺书；

已合作的联合筹款康复机构

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **机构名称** | **区域** | **性质** | **联系人** | **电话** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

机构申报信息承诺书

对于本机构填报的《脑瘫儿童滋养计划项目——资助机构信息表》上的信息，以及提供的年报、审计报告、康复机构情况等相关资料，我们保证其真实、完整、有效。若存在隐瞒真实情况、弄虚作假的行为，机构愿承担一切责任。

特此承诺。

机构公章：

年 月 日