**黄手环行动——家属支持计划项目申报书**

|  |
| --- |
| **第一部分 申请方信息** |
| **机构名称** |  | **统一社会信用代码** |  |
| **机构地址** |  | **官方网址** |  |
| **机构负责人及职务** |  | **联系电话及邮箱** |  |
| **本项目对接人及职务** |  | **联系电话及邮箱** |  |
| **专职工作人员数量** |  | **两年内是否存在运行、审计问题或行政处罚** |  |
| **开户行账户名** |  |
| **开户行支行全称** |  |
| **银行账号** |  |
| **开户行号** |  |
| **机构简介** | 可包括成立背景、愿景与使命、业务范围、相关项目经验等（300字以内）。 |
| **服务基础或已有优势** | 可简要介绍机构在养老方面特别是认知障碍工作的基础、优势，或未来规划。（300字以内）。 |
| **第二部分 项目基本信息** |
| **项目名称** |  |
| **项目地点** |  | **项目开展周期** |  |
| **服务对象** |  | **服务人数** |  |
| **资金预算** | **申请金额** |  |
| **自筹金额（如有）** |  |
| **项目背景/目标** | 请用300字以内描述项目基本情况。 |
| **项目方案** | 请详细描述具体项目内容，计划开展什么形式的服务，服务时间、场次及各阶段时间安排等。 |
| **资源链接** | 请描述为有效完成该项目，在人员组织、社区资源、医疗机构资源、专业服务资源、媒体宣传资源等方面的资源链接情况。 |
| **项目倡导/宣传方案** | 请描述项目宣传倡导/宣传方案。 |
| **预期成果或****可解决的问题** | 请描述项目预计的社会效益、经济效益、实际产出等。 |
| **第三部分 附件：经费预算表****（模板见附件）** |
| **提供何种票据** | 公益捐赠发票/税票 |