附件：

**2017年北京市残联**

**助残公益微创投项目实施方案**

项目名称：

项目负责人：

联 系 人：

联系电话（手机）：

电子邮箱：

**填报日期： 年 月 日**

1. 项目基本情况

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| **（一）项目目标** | |
|  | |
| **（二）社区需求发现与资源调动（社区有哪些需求，有哪些对应的资源）** | |
|  | |
| **（三）项目活动进程安排（描述项目活动、进程安排、地点时间、参加人）** | |
|  | |
| **（四）项目执行团队工作分工** | |
|  | |

二、项目单价标准和预算

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支出项目内容 | 单位 | 数量 | 单价 | 小计 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**参考《项目费用分类目录及标准》，项目资金不能用于人员固定工资、场地、固定资产购置**