**序号：**

**2017年XX区残联定向购买助残服务**

**项目实施方案**

项目名称：

项目承接单位：

项目负责人：

联 系 人：

联系电话：

电子邮箱：

**填报日期： 年 月 日**

1. 项目基本情况

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 服务领域 | □教育 □劳动就业 □养护照料 □交通出行  □无障碍 □康复 □辅助器具 □文化体育  □法律维权 □综合服务 □其他（请列出具体内容）\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 服务对象 | 1. 残疾人  □视力 □听力 □语言 □肢体 □智力  □精神 □多重（列出所有类别）\_\_\_\_\_\_\_  2. 非残疾人  □其他（注明具体服务对象）\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **（一）项目目标（项目整体想要达到的效果是什么，50个字）；** | |
|  | |
| **（二）项目具体产出承诺** | |
|  | |
| **（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）项目组织实施（项目执行团队工作安排）：** | |
|  | |
| **（五）项目风险管理预案** | |
|  | |

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 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 总计 | | | |  |  |

预算主要提供服务项目费用标准，其编制须与项目实施计划相对应，符合《工作项目费用分类目录及标准》，**不能用于人员工资、场地、固定资产购置**；**预算需考虑招标发生的中标代理费**。

三、承接单位资质

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 承接单位类型 | □社会团体 □民办非企业单位 □基金会 | | | | | | | | | |
| 登记证号 |  | | 法定代表人 | | |  | 组织机构代码 | | |  |
| 通讯地址 |  | | | | | | 邮政编码 | | |  |
| 全职员工人数 |  | | | | | | | | | |
| 开户单位名称 |  | | | | | | | | | |
| 开户银行 |  | | | | | | | | | |
| 银行账号 |  | | | | | | | | | |
| 开具税务发票情况 | □是 （□有税控机 □税务代开） □否 | | | | | | | | | |
| 2015年收入总额 |  | | | 2016年收入总额 | | | |  | | |
| 机构业务范围、资质、荣誉（200字以内） | | | | | | | | | | |
| 本单位曾获政府购买的服务项目有哪些？（请填写下表，没有请写“无”） | | | | | | | | | | |
| 执行过的项目名称 | | 起止时间 | | | 购买方 | | | | 购买金额（元） | |
|  | |  | | |  | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目负责人信息 | | | | | | |
| 姓名 |  | | | | 职务 |  |
| 相关经验描述（200字以内） |  | | | | | |
| 项目团队成员信息 | | | | | | |
| 姓名 | | | 职务 | 任务分工 | | |
|  | | |  |  | | |
|  | | |  |  | | |
|  | | |  |  | | |
|  | | |  |  | | |
|  | | |  |  | | |
| 外部支持团队信息 | | | | | | |
| 姓名 | | 职务 | | 项目中承担的工作内容 | | |
|  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | | |