

上海市听力、言语障碍者  
信息消费（电信宽带）套餐新增用户申请单

姓名		性别		出生日期	年 月 日	
残疾人证号				残疾人类别	言语 <input type="checkbox"/>	听力 <input type="checkbox"/>
户籍所在地				身份证号码		
家庭住址					邮编	
手机号码				联系电话		
安装地址				宽带设备号		
监护人姓名		联系电话		与手机户主关系		
申请人 确认	<p>1、本人承诺以上信息均真实准确，并选择以下套餐服务（二选一）</p> <p>1) <input type="checkbox"/> 本人自愿委托残联为本手机号办理听力、言语障碍者信息消费套餐（具体资费详见下页），并取消原有套餐服务。</p> <p>每户只能享受一个基础电信企业的优惠套餐，请选择基础电信企业。</p> <p><input type="checkbox"/> 上海电信    <input type="checkbox"/> 上海移动    <input type="checkbox"/> 上海联通</p> <p>2) <input type="checkbox"/> 本人自愿选择上海电信听力、言语障碍者电信宽带优惠套餐（并已知晓具体资费详情）</p> <p><input type="checkbox"/> 宽带速率 50M    <input type="checkbox"/> 宽带速率 300M</p> <p>2、今后如听力、言语障碍者信息消费（电信宽带）套餐资费发生升级等变更的，自愿委托残联进行办理。</p> <p>3、经区残联确认，如本人不再符合听力、言语障碍者信息消费套餐的享受条件，本手机号转为最低价套餐，并改由个人付费。</p> <p style="text-align: right;">申请人：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>					
区残联 审核意见	<p style="text-align: center;">区残联盖章</p> <p style="text-align: center;">审核人： 年 月 日</p>					
电信运营单位 反馈意见	电信运营单位	上海移动 <input type="checkbox"/>	上海联通 <input type="checkbox"/>	上海电信 <input type="checkbox"/>		
	上海电信宽带速率	50M <input type="checkbox"/>	300M <input type="checkbox"/>			
	开通服务时间			年 月 日		
	备注					