附件1

被收养残疾孤儿继续领取

孤儿基本生活费申请登记表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **被收养人基本情况** | 姓 名 |  | 性别 |  | （儿童照片） |
| 公民身份号码 |  |
| 收养登记证字号 |  | 收养关系成立日期 |  |
| 送养人姓名或机构名称 |  | 户籍所在地或机构住所地 |  |
| 残疾状况 | （请注明残疾等级和类别） |
| **收养人基本情况** | 姓 名 | 与被收养人关系 | 工作单位 | 公民身份号码 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 户籍地址 |  |
| 实际住址 |  |
| **申领意愿** | （按相关政策规定，申请继续领取孤儿基本生活费。）被收养人： 收养人：申请日期： 年 月 日 |
| **户籍所在地民政部门意见** | （公章）主管领导签字： 日期： 年 月 日 |
| **备注** |  |

**说明：**被收养人基本情况栏中，送养人为自然人的，填写自然人姓名、户籍所在地；送养人为儿童福利机构的，填写机构名称、机构住所地。

附件2

推进落实促进残疾孤儿回归家庭季度工作统计台账

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 市（地） | 本区域办理收养残疾孤儿登记数量（件） | 申请继续领取孤儿基本生活费情况 | 申请领取后停止发放孤儿基本生活费数量（件） | 纳入“孤儿医疗康复明天计划”项目资助数量（件） | 享受“福彩圆梦·孤儿助学工程”项目数量（件） | 备注 |
| 办理收养登记后申请继续领取孤儿基本生活费数量（件） | 申请继续领取孤儿基本生活费后，户籍迁出本区域数量（件） | 申请继续领取孤儿基本生活费后，户籍跨区域迁入本区域数量（件） |
| 1 | 哈尔滨市 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | 齐齐哈尔市 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | 牡丹江市 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | 佳木斯市 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | 大庆市 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | 鸡西市 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | 双鸭山市 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | 伊春市 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | 七台河市 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | 鹤岗市 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | 黑河市 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | 绥化市 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | 大兴安岭地区 |  |  |  |  |  |  |  |  |

**注：此台账统计的为本季度发生的数据，不累计上季度数据，报送时间为每季度结束前最后一个工作日的15时前。邮箱：7296064＠qq.com；联系人：儿童福利处贾冰**