

附件 1

2023 年 XX 县 X 季度困难重度残疾人家庭无障碍改造工作进度台帐

| 县（市、区） | 年度任务 | 工作进度 | | | | | | | | |
|--------|------|--------|--------|------|------|-----|--------|------|------|------|
| | | 年度方案计划 | 评估机构选择 | 需求评估 | | | 施工机构选择 | 施工改造 | | |
| | | | | 本月评估 | 累计评估 | 未评估 | | 本月改造 | 累计改造 | 未改造数 |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 合计 | | | | | | | | | | |

备注：1. 年度任务包括省级残疾人就业保障金任务和中央福彩任务；

2. 各县（市、区）按照工作进展情况分别填写相应环节内容，尚未进入的工作环节不填写，例如：. 已制定年度工作方案和工作计划的填写已制定，尚未制定的填写未制定。完成评估机构或改造机构分别填写机构名称，尚未确定服务机构则不填写；

3. 本台帐由县（市、区）残联填写市残联汇总，每季度最后一个月的 15 日前报市残联权保科。

附件 2

安康市困难重度残疾人家庭无障碍改造项目花名册

| 序号 | 县(市、区) | 姓名 | 乡镇 | 残疾证号 | 地址 | 联系电话 | 改造项目 | 金额 (元) |
|----|--------|----|----|------|----|------|------|-----------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |