附件5

- 10 -

交城县扶残助学（大学生）圆梦工程（ 年度）资助困难残疾人家庭子女大学生人员名单

县级残联（盖章） 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名（父亲、母亲或监护人） | 性别 | 残疾人证号 | 困难家庭  类别（填写序号） | 资助子女信息 | | | | | | | 资金来源 | 资助  资金  （万元） |
| 姓名 | 性别 | 联系电话 | 户籍所在地 | 就读院校 | 学历  层次 | 入学  时间 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：一、此表两份（乡镇、县残联各留存一份）；二、困难家庭类别序号为：1.低保户；2.低保边缘家庭。

分管领导： 负责人：