**中国人口福利基金会**

**“黄扶手计划——床边守护行动”**

**项**

**目**

**申**

**报**

**书**

制表单位：中国人口福利基金会

填报单位：

填报时间：

第一部分 基本情况

|  |  |
| --- | --- |
| 申报单位 | （请填写机构名称） |
| 项目联系人 |  |
| 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  |
| 开户名称 |  |
| 收款帐号 |  |
| 开户行 |  |
| 出具发票类型 | 如：公益事业捐赠票据，非税收入票据，增值税普通发票、其他（需注明具体发票类型） |

第二部分 项目方案及预算

一、项目基本信息

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | | |
| 项目地点 |  | 开展时间 | |  |
| 服务对象  及人数 |  | | | |
| 拟申请金额  （人民币） |  | | 自筹金额  及来源  （如有） |  |
| 项目简介 |  | | | |

二、项目设计

（一）项目背景与目标

（二）项目内容（请详细描述具体项目内容，计划开展什么形式的服务，服务时间及场次等）

（三）实施时间（项目各阶段时间安排）

（四）受益对象（覆盖地区，受益人数、选择标准等）

（五）执行机构（请详细阐述）

（六）资源链接（为有效完成该项目，在人员组织、社区资源、培训师资、专业服务资源等方面的资源链接情况）

（七）宣传计划

（八）跟踪反馈（项目开展过程中的反馈机制，如反馈周期，反馈内容，反馈形式）

三、项目预算

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **支出科目** | **金额（元）** | **说明** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| **合计** | |  | |