## 橙色护理包机构申报表

编 号： （由基金会填写）

**1、联系信息**

机构名称：

机构地址：

|  |
| --- |
| 联系信息 |
| 职 务 | 姓名 | 电话（含区号） | 手 机 |
| 机构负责人 |  |  |  |
| 项目对接人 |  |  |  |

**2、机构基本情况**

|  |  |
| --- | --- |
|  听障学生人数 | 机构老师人数 |
|  |  |

**3、信息确认**

|  |
| --- |
| 我机构共有听障学生 人，共需要捐赠 个“橙色护理包”。我单位确认本申报表所填信息均准确、真实。 负责人签名： 机构签章： 日期：  |
|
|
|
|
|
|
|

1. **机构简介：**

|  |
| --- |
|  |

## 橙色护理包捐赠协议

**甲 方：**中国听力医学发展基金会

**住 所 地：**北京市朝阳区建外SOHO 东区 7号楼1501室

**邮政编码：**100022

**联 系 人：**甄丽霞

**联系方式：**010-88332866

**乙 方：**

**住 所 地：**

**邮政编码：**

**联 系 人：**

**联系方式：**

橙色护理包公益项目由中国听力医学发展基金会发起，旨在为致力于给听障儿童的助听设备提供更多一份使用保障、节约维修费用。护理包里包含了日常保养助听设备所必不可少的工具。如磁铁钢针刷、测电器、棉布保护套、干燥饼等，还为家长配备了一副听筒，以随时帮助孩子们更舒服地佩戴助听设备。现就甲方向乙方捐赠“橙色护理包”一事，达成如下协议：

1. 甲方向乙方捐赠“橙色护理包”套装 套。

2、捐赠物资的用途：所捐赠的橙色护理包用于乙方机构里的听障学生。乙方承诺，乙方需在1个月内将甲方捐赠的橙色护理包套装发放到听障学生手中（乙方前期申请该项目的听障学生名单），并向甲方提供“橙色护理包”领取名单、“橙色护理包”物资接收表与其他反馈资料。

3、甲方有权查询捐赠物品的使用、管理情况，并提出意见和建议。对于甲方的查询，乙方应当如实答复。

4、乙方有权按照本协议约定的用途合理使用捐赠物品，但不得擅自改变捐赠物品的用途。

5、本协议执行过程中如有未尽事宜，双方协商解决。

6、本协议一式贰份，甲乙双方各执壹份，具有同等法律效力。

甲方（盖章）： 乙方（盖章）：

代表： 代表：

签订时间： 年 月 日 签订时间： 年 月 日

附件：

## 橙色护理包明细表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 配置清单 | 数量 |
| 1 | AID300电子干燥器 | 1个 |
| 2 | 液晶测电器 | 1个 |
| 3 | 吹气球 | 1个 |
| 4 | 干擦布 | 1块 |
| 5 | 磁铁钢针刷 | 1套 |
| 6 | 气孔通杆 | 1根 |
| 7 | 儿童生肖挂绳 | 1个 |
| 8 | 清洁消毒巾(酒精棉片) | 35片 |
| 9 | 干燥罐+干燥饼 | 1套 |
| 10 | 干燥饼 | 1盒/5块 |
| 11 | 口罩 | 2个 |
| 12 | 护理包 | 1个 |

## 橙色护理包物资接收表

接收机构：

机构地址：

接收时间：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **物资名称** | **数量（套）** | **接收人** | **接收人签字** |
|  橙色护理包 |  |  |  |

机构负责人：

（盖章）

 日 期：

备注：受捐学校（机构）请将“橙色护理包机构申报表”、“橙色护理包捐赠协议”、“橙色护理包领取名单”、“橙色护理包物资接收表”打印纸质版并完整填写，签名盖章后邮寄至：北京市朝阳区建外SOHO东区7号楼1501室 收件人：甄丽霞 联系电话：010-88332866

**橙色护理包执行反馈书**

|  |  |
| --- | --- |
| 机构名称 |  |
| 申领日期 |  |
| 接收日期 |  |
| 公益计划执行情况文字描述 | (此部分内容为橙色护理包公益项目的执行反馈情况：请进行150-800字左右的文字性描述；内容可以是简单的叙事描述；可以是对公益项目的建议和感言；如果有暖心动人的正能量小故事则最佳。) |
| 公益计划执行情况图片汇总 | （此部分为橙色护理包公益项目执行情况的图片反馈：请附上10张左右申领机构橙色护理包发放现场的照片或与橙色护理包项目主题相呼应的执行照片）橙色护理包反馈照片要求：1、横屏拍摄。2、提供至少10张反馈照片，照片清晰美观（高清原片）。3、拍摄内容：包括使用护理包或拿护理包的合影、小朋友使用护理包的特写等，以积极阳光的表情状态展现，形式不限，有小朋友画作、手写文字等展示更宜。4、人物场景：孩子个人或有老师家长互动场景都可，室内室外拍摄都可，形式不限。备注：照片打包 统一发送电子版至adfc\_org@163.com |

|  |
| --- |
| **橙色护理包领取表** |
| 发放机构 |  |
| 机构地址 |  |
| 发放时间 |  |
| 序号 | 学生姓名 | 性别 | 出生日期 | 听力补偿方式(耳蜗或助听器) | 联系电话 | 家庭住址 | 监护人（领取签字按手印） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |

**注：监护人签字按手印代表同意受助人的照片用于公益目的的宣传。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 学生姓名 | 性别 | 出生日期 | 听力补偿方式(耳蜗或助听器) | 联系电话 | 家庭住址 | 监护人（领取签字按手印） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**注：监护人签字按手印代表同意受助人的照片用于公益目的的宣传。**