

晋残福基函〔2023〕11 号

关于做好山西省 2023 年度 “阳光伴我行”集善明门儿童轮椅 项目实施工作的通知

各项目执行机构：

为支持残疾人事业，明门集团与中国残疾人福利基金会共同开展“阳光伴我行”集善明门儿童项目，为脑瘫儿童的康复和护理提供帮助，解决“出行难、护理难、负担重”的问题，让脑瘫儿童走出户外，融入社会，享受阳光。此次捐赠我省数量为 LT14 型号（适合 3—15 岁残疾儿童使用）242 辆。为切实做好儿童轮椅配发工作，根据各市、机构申请，经理事会研究审定，现将有关事项通知如下：

一、救助对象和救助条件

（一）3-15 岁重度残疾儿童。具体救助条件是：1、必须是低收入或贫困家庭的残疾儿童；2、必须为二级以上行走困难的因脑瘫、脑外伤、脊髓损伤、进行性肌营养不良、其他伴肢体功能障碍等致残疾的儿童；3、LT14 型儿童轮椅适合 3—15 岁残疾

儿童使用，且受助儿童体重不能超过 45 公斤。

（二）脑瘫儿童康复机构。每个地市可指定一家脑瘫儿童康复机构申请 3—5 辆儿童轮椅留在机构内用以帮助残疾儿童康复使用。

二、科学组织实施，加强项目管理

1. 各受资助单位接受儿童轮椅后（分配数量见附表 1）填写《山西省 2023 年度“阳光伴我行”集善明门儿童轮椅签收证明单》（附表 2）并加盖公章，于两个工作日内传真至我会；各受资助单位将儿童轮椅用于资助残疾儿童康复机构的，需由接受资助的残疾儿童康复机构提供《山西省 2023 年度“阳光伴我行”集善明门儿童轮椅受助机构签收证明单》（附表 3），加盖公章后于两个工作日内传真至我会。

2. 请根据救助条件对本地市残疾儿童认真筛查，对符合受助条件的残疾儿童，指导受赠者填写《山西省 2023 年度“阳光伴我行”集善明门儿童轮椅项目受助人签收单》（附表 4），不得漏填，并完成《山西省 2023 年度“阳光伴我行”集善明门儿童轮椅项目受助儿童信息汇总表》（一份电子版和一份纸质版加盖公章，表格式样见附表 5）。

3. 各受资助单位举行儿童轮椅发放仪式，进行儿童轮椅的配发工作。请积极收集相关图片、影视资料及媒体报道相关图片资料、网络链接地址等上报我会，具体内容如下：

（1）提供受助人乘坐儿童轮椅照片 10 张以上原片。

- (2) 提供 3 张以上项目执行相关照片 (JPG 格式);
- (3) 提供项目执行相关影像资料 (电子版压缩包);
- (4) 提供项目媒体报道和宣传资料 (电子版或纸质版);
- (5) 提供 1-2 个典型人物案例 (电子版);
- (6) 提供一份《受助人对 2017-2018 年度“阳光伴我行”集善明门儿童轮椅项目评价调查表》(原件并加盖公章);
- (7) 提供一份《受助人对 2020-2021 年度“阳光伴我行”集善明门儿童轮椅项目评价调查表》(原件并加盖公章, 表格式样见附表 6);
- (8) 受助人感谢信等;

4. 项目实施过程中, 拍摄的影像、照片和文字材料等相关资料须征得儿童监护人的同意并填写肖像权使用同意书(附表 7)。

5. 以上所有项目表格、资料等请于 2023 年 09 月 15 日前邮寄至我会, 相关表格、资料电子版发送至我会邮箱(文件及表格下载详见网站最新公告)。

三、项目要求

1. 加强宣传, 重点提升项目质量。各单位应结合本地实际情况, 本着勤俭、节约的原则, 实时采取合适的宣传方式宣传明门集团的善举和中国残疾人福利基金会的支持, 进一步扩大项目影响, 及时汇总宣传成果。

2. 请各受资助单位组织受助残疾儿童家长观看学习儿童轮椅使用教程视频, 指导受助人正确使用儿童轮椅, 并定期对受助

人进行回访，及时了解儿童轮椅使用情况。

3. 请各有关市残联严格按附表 1 的分配数量配发轮椅。其中，“受助对象”一栏中标注为“康复机构名称”的留在机构内帮助贫困残疾儿童康复使用，标注为“资助个人”的请全部发放给受助残疾儿童个人使用。

4. 项目结束后，各市残联和受助机构将文件要求的资料报送省残疾人福利基金会。

5. 本项目所有捐赠儿童轮椅为专项捐赠物资，在发放过程中要做到公开、公正、透明、廉洁。发放过程中，不得收取任何费用，不得扣压、出售、转让物资。不得图省事、怕麻烦，随意分发，更不得徇私情、挪作他用。

四、本项目联系方式

山西省残疾人福利基金会

地址：太原市迎泽区寇庄西路 42 号

邮编：030012

联系人：温爱明 手机：13453443778

电话：0351-8331020

网址：www.sxwfh.org.cn

邮箱：sxcjrjhh@163.com

附表：

1. 山西省 2023 年度“阳光伴我行”儿童轮椅分配表

2.山西省 2023 年度“阳光伴我行”集善明门儿童轮椅签收证明单

3.山西省 2023 年度“阳光伴我行”集善明门儿童轮椅项目受助机构签收证明单

3.山西省 2023 年度“阳光伴我行”集善明门儿童轮椅受助人签收单

4.山西省 2023 年度“阳光伴我行”集善明门儿童轮椅项目受助人汇总表

5.受助人对“阳光伴我行”集善明门儿童轮椅项目评价调查表

6.肖像权使用同意书

山西省残疾人福利基金会

2023 年 04 月 23 日



附表 1

山西省 2023 年度“阳光伴我行”儿童轮椅分配表

序号	单位名称	分配个人	分配机构	备注
1	山西省康复研究中心	10	3	
2	山西省脑瘫康复医院	11		
3	太原市东来德淇教育科技有限公司	10		
4	太原市心予社区服务中心	11		
5	山西省民政康复医院	10		
6	晋城市残疾人联合会	16		
7	吕梁市残疾人联合会	45	2	吕梁市离石区残疾人康复服务中心门诊部
			2	吕梁市汾阳脑瘫偏瘫康复中心
8	临汾市童乐脑病康复指导站	31		
9	长治市残疾人联合会	21		
10	运城市残疾人联合会	49	3	运城市残疾人康复中心
			2	运城市闻喜县残疾人康复托养中心
			3	运城市垣曲县树生中医心脑血管病专科医院
			3	运城市芮城县康复中心
11	阳泉市扶残助残促进会	10		
合计		224	18	

附表 2

山西省 2023 年度“阳光伴我行” 集善明门儿童轮椅签收证明单

单 位 情 况	单位名称			
	详细地址			邮编
	项目联系人		邮箱	
	联系电话		手机	
签 收 情 况	分配我市/县(单位)儿童轮椅 () 辆 型号: LT14 () 辆 型号: LT14 含海绵头靠组、脚套组已收到。 特此证明。 (单位盖章) 年 月 日			
备 注				

说明: 收到捐赠物品后于 2 日内将本表传真到省残疾人福利基金会。

附表 3

山西省 2023 年度“阳光伴我行”集善明门 儿童轮椅受助机构签收证明单

受助单位名称：

受助单位详细地址：

邮编：

项目联系人：

联系电话：

手机：

我单位收到山西省残疾人福利基金会儿童轮椅

() 辆 型号：LT14

() 辆 型号：LT14 含海绵头靠组、脚套组，用以
帮助贫困残疾儿童康复服务。特此证明。

(单位盖章)

年 月 日

附表 4

山西省 2023 年度“阳光伴我行”集善明门
儿童轮椅项目受助人签收单

儿童姓名		性别		出生年月	
民族		监护人		联系电话	
儿童身份证号 或残疾证号					
家庭住址					
监护人签收	我确认收到山西省残疾人福利基金会资助的“阳光伴我行”集善明门儿童轮椅， () 辆 型号：LT14 () 辆 型号：LT14 含海绵头靠组、脚套组轮椅完好，可以使用。 签收人： 签收日期：				

注：签收人签字需手写

说明：本表逐级填写上报，正反面都要认真详细填写，不得有漏项。上报时背面须附贴受捐者残疾证和 身份证复印件。“受捐者签字”在收到轮椅时再填。

续表:

受助人 残疾证复印件 / 身份证复印件	
受助人乘坐轮椅照片	(本栏照片待颁发轮椅时,由残联统一为受捐者照相并上报, 篇幅 5 寸, 请在照片背面写清楚姓名)

附表 5

山西省 2023 年度“阳光伴我行”集善明门儿童轮椅项目
受助儿童信息汇总表

单位名称 （盖章）

序号	姓名	性别	年龄	身份证号/残疾证号	家庭住址和邮编	监护人	监护人电话/手机	所在地区

经办人及手机：

填表时间： 年 月 日

说明：请准确填写受助儿童信息（联系电话中如固定电话请填写地方区号）

附表 6

受助人对“阳光伴我行”集善明门儿童轮椅项目 评价调查表

2017-2018 年度“阳光伴我行”集善明门儿童轮椅项目

1. 对项目总体印象的评价:

☐好 ☐较好 ☐一般 ☐差

2. 对项目公正公开选定受助人的评价:

☐好 ☐较好 ☐一般 ☐差

3. 对组织管理履行协议的评价:

☐好 ☐较好 ☐一般 ☐差

4. 对项目社会效果的评价:

☐好 ☐较好 ☐一般 ☐差

5. 对项目设计和执行能力的评价:

☐好 ☐较好 ☐一般 ☐差

签名（盖章）:

年 月 日

附表 7

肖像权使用同意书

我们是（身份证号码： ）的合法监护人：父亲（身份证号码： ），
母亲_____（身份证号码： ）。

我们同意：孩子拍摄的影像、照片和文字材料无偿用于中国
残疾人福利基金会、山西省残疾人福利基金会开展“阳光伴我行”
集善明门儿童轮椅项目的宣传，同意“阳光伴我行”集善明门儿童
轮椅项目无偿使用我们的影像、照片和文字材料，并申明自愿参
与以上机构组织的公益活动，不以任何方式要求以上机构提供任
何形式的补偿或报酬。中国残疾人福利基金会、山西省残疾人福
利基金会拥有本次拍摄的肖像使用权。

监护人（签字及盖章）：

与儿童的关系：

日期：