湘人健基函〔2017〕5号

省人口健康福利基金会关于做好计划

生育困难家庭“金秋助学”活动有关工作的函

湘西自治州、怀化市计划生育协会：

为帮助计划生育家庭贫困学子圆梦大学，湖南省人口健康福利基金会拟于2017年8月中旬对湘西州和怀化市计划生育困难家庭品学兼优的大学本科新生进行“金秋助学”活动。具体安排如下：

1. 资助对象

计划生育困难家庭中品学兼优的大学本科新生，且具备下列条件之一的：

（一）扶贫建档立卡困难家庭；

（二）因家庭成员患重大疾病造成家庭生活特别困难的；

（三）遭受自然灾害导致家庭生活特别困难的。

二、资助名额和标准

湘西自治州和怀化市各60个资助名额。

资助标准为：每人5000元。

三、有关要求

（一）请贵会认真做好本年度计划生育困难家庭大学新生的摸底、审核工作，切实做到阳光操作、公正公开、规范执行，如发现有弄虚作假情况、群众有举报，造成不良影响的，终止所在县（市、区）的助学活动。

（二）请务必于2017年7月28日前将《计划生育困难家庭“金秋助学”活动申报表》（附件1）和《计划生育困难家庭“金秋助学”活动申报情况汇总表》（附件2）填好并报送至省人口健康福利基金会。

（三）请贵会负责集中发放助学金的场地布置、媒体联络、受助学生的组织等前期准备工作，协助省人口健康福利基金会共同开展助学金发放仪式。助学活动仪式后，请做好本次活动的宣传报道工作。

联系人：孙玉文 联系电话：0731-84698951，18692255587

地址：长沙市雨花区马王堆南路80号

邮箱：[hnsrkjkfljjh@163.com](mailto:hnsrkjkfljjh@163.com)

附：1.《计划生育困难家庭“金秋助学”活动申报表》

2.《计划生育困难家庭“金秋助学”活动申报情况汇总表》

湖南省人口健康福利基金会

2017年7月20日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本情况 | 学生姓名 | |  | | | 性别 |  | | | 年龄 | |  | 民族 |  |
| 身份证号码 | |  | | | | | | | 联系电话 | |  | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | 高考录取  学校及专业 | |  | | |
| 本科层次 | | 一本 □ 二本 □ 三本 □ | | | | | | | | | | | |
| 银行账户名称 | |  | 账号 |  | | | | | | | 开户行 |  | | |
| 家庭成员情况 | 姓 名 | | 出生年月 | | 与本人关系 | | | | 职业 | | | 联系电话 | | |
|  | |  | |  | | | |  | | |  | | |
|  | |  | |  | | | |  | | |  | | |
|  | |  | |  | | | |  | | |  | | |
|  | |  | |  | | | |  | | |  | | |
| 家庭困难详细情况（300字以内）：  学生本人签名： 年 月 日  家长或监护人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 村（居）委会意见：  (盖 章)  年 月 日 | | | | | | | | 县（市、区）计划生育协会意见：  ( 盖 章 )  年 月 日 | | | | | | |
| 市州计划生育协会意见：  (盖 章)  年 月 日 | | | | | | | | 省人口健康福利基金会审批意见：  (盖 章) 年 月 日 | | | | | | |

**附件1:**

**计划生育困难家庭“金秋助学”活动申报表**

**备注：银行账户必须是学生本人或其家庭成员的账户名称及账号**

**附件2:**

**计划生育困难家庭“金秋助学”活动申报情况汇总表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 学生姓名 | 性别 | 家庭住址 | 录取学校及专业 | 本科层次 | 银行账户名称及账号 | 开户行 | 联系电话 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

市（州）计生协会：（盖章） 联系人： 联系电话 ： 填报日期： 年 月