附件5

|  |  |
| --- | --- |
|  威高集团情系老兵关爱老党员慈善基金汇总表 |  |
| 填报单位：服务主体 （盖章） 填报时间： 年 月 日 |
| 序号 | 姓 名 | 身份证号码 | 家庭住址 | 家庭电话 | 身份类别（√） | 居家养老照料服务 | 机构住养服务 | 服务金额（元） | 本人签字或手印 |
| 抗日战争时期入党的农村老党员和城市未享受待遇的老党员 | 抗日战争时期入伍的在乡复员军人 |
|  |  |  |  |  |  |  | 填报格式：提供助餐服务XX次（每次15元），提供上门居家照料服务XX小时（每小时20元）。 | 填报格式：入住XX养老机构XX月（每月补助1000元）。 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填报人：　　　　　　　　　　 审核人：　　　　　　　　　 负责人

注：此表中序号与申请表排序对应并装订成册。