附件一：

绍兴市首届慈善家庭推荐（自荐）表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **家庭主要成员姓名** |  | **性别** |  | **年龄** |  | **民族** |  |
| **政治面貌** |  | **文化程度** |  | **联系电话****手机+固话** |  | **邮政编码** |  |
| **工作单位及职务** |  |  |
| **家庭住址** |  |  |
| **家庭其他主要成员情况** | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 文化程度 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **近5年参加公益慈善项目或活动的服务时数/捐款数/救助数等情况** |  |  |
| **主要事迹****（100字以内）** |  |  |
| **事迹简介****（800字）** |  | （可另附纸） |
| **推荐单位（自荐家庭）意见** |  | 推荐单位意见（盖章）（或自荐家庭代表签字）年月日 |

**备注：**1.打印本表时，请双面打印；

2.**请于2018年9月20日下午17：00之前**将本表纸质版（一式三份）报送或邮寄绍兴市慈善工作办公室（邮寄地址：绍兴市越城区洋江西路589号行政中心6号楼4楼，邮编：312000，联系电话：0575-88121750），同时将相关材料电子版发至邮箱：sxcs88121750@163.com。

附件二：

绍兴市首届“慈善家庭”推荐汇总表

汇总单位（盖章）：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 家庭主要成员姓名 | 工作单位及职务 | 备注 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 各区、县（市）文明办意见 | （盖章）年 月 日 | 各区、县（市）妇联意见 | （盖章）年 月 日 |

联系人： 联系电话：