附件1

平罗县2020年度重点优抚对象短期疗养人员分配表

 单位：人

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 乡镇名称 | 重点优抚对象人数 | 分配短期疗养重点优抚对象人数 | 备注 |
| 1 | 城关镇 | 180 | 2 |  |
| 2 | 姚伏镇 | 147 | 2 |  |
| 3 | 通伏乡 | 78 | 1 |  |
| 4 | 渠口乡 | 90 | 1 |  |
| 5 | 头闸镇 | 78 | 1 |  |
| 6 | 灵沙乡 | 52 | 1 |  |
| 7 | 宝丰镇 | 50 | 1 |  |
| 8 | 黄渠桥镇 | 95 | 1 |  |
| 9 | 高庄乡 | 90 | 1 |  |
| 10 | 崇岗镇 | 46 | 1 |  |
| 11 | 陶乐镇 | 43 | 1 |  |
| 12 | 高仁乡 | 26 | 1 |  |
| 13 | 红崖子乡 | 47 | 1 |  |
| 合计 |  | 1022 | 15 |  |

注：由各乡镇筛选疗养人员，负责填写疗养申请表、汇总表、签订疗养协议及提交有关资料。

附件2

**自治区重点优抚对象短期疗养申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　　名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 地　　址 | 市 县（市、区） 乡镇（街道） |
| 对象类别 |  | 身份证号码 |  |
| 入伍时间 |  | 退伍时间 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 现健康状况 |  残疾等级： 残疾部位： 简要病史：是否患有：□病毒性肝炎 □活动性结核病 □恶性肿瘤 □精神疾病 □严重器质性心脏病（如有请在□内打√） 能否行动及生活自理：□ 能 □ 不能申请人签字： 家属签字： 年 月 日 |
| 乡镇（街道）政府意见 |   年 月 日（盖章） |
| 县（市、区）退役军人事务局意见 |    联系人： 联系电话： 年 月 日（盖章） |

注：1.该表一式三份，申请人一份，退役军人事务局一份，报退役军人事务厅备案一份。

2.生活不能自理及存在上述疾病者不列入疗养范围。

3.“对象类别”栏根据情况填写：残疾军人、烈属、在乡老复员军人、带病回乡退伍军人、参战、涉核等。

附件3

**平罗县重点优抚对象短期疗养汇总表**

 填报单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序****号** | **姓名** | **性别** | **民族** | **年龄** | **身份证号** | **手机号码** | **对象****类别** | **疗养批次** | **备注** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

单位负责人： 填报人： 报出日期： 年 月 日

附件4

**重点优抚对象短期疗养协议书**

甲方：

乙方：

为做好重点优抚对象短期疗养工作，确保重点优抚对象短期疗养工作安全、顺利进行，疗养对象（乙方）入院前，疗养对象及其家属（直系亲属）与当地县（区）退役军人事务局（甲方）特签订如下协议：

一、乙方须经其家属及甲方同意方可参加疗养。

二、乙方生活能够自理，无危急重病、精神病、老年痴呆、传染病等影响疗养活动的疾病。乙方在疗养期间体检发现有上述不适合疗养疾病，甲方可通知乙方家属将其接回。

三、乙方在疗养期间必须遵守短期疗养承接单位相关规章制度，服从疗养服务机构工作人员管理，爱护公共财物。

四、参加疗养的重点优抚对象之间要相互尊重、相互帮助，自觉维护疗养集体的团结。

五、乙方如在疗养期间突发危急重病，需送回原籍治疗或转院治疗的，甲方须及时通知乙方派家属来院，妥善处理有关事宜，所发生的医疗费用由当地退役军人事务部门按《宁夏回族自治区优抚对象医疗保障实施办法》进行报销，不足部分由乙方自筹。

六、乙方在疗养期间无特殊情况不得请假，如私自外出在院外发生意外事故，造成人身安全及财产损失的，后果由乙方自负。

七、本期疗休养时间为10天，从 年 月 日至 年月 日。

八、本协议一式三份，甲方、乙方及自治区退役军人事务厅各执一份。

甲方： 乙方： （签字手印）

 乙方家属： （签字手印）

（签字盖章） 联系方式：

 年 月 日 年 月 日