附件2

残疾人事业发展资金转股分红工作申报表

乡（镇）残联（盖章）　　　　　　　　 申报企业（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **实施转股分红工作村（或乡镇）基本情况** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 实施县 | 实施村  （或乡镇） | | | 权利人 | 受益残疾人 | | | | | | | | | | |
| 合计 | | | “两类人群”重度残疾人数（人） | | 其他重度残疾人数（人） | | “两类人群”中非重度残疾人数（人） | | | 其他困难残疾人（人） |
|  |  | | |  |  | | |  | |  | |  | | |  |
| **经济实体基本情况** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 实施村（或乡镇） | | 经济实体名称 | | | | 经营范围及规模 | | | 创办时间 | | 注册或投入资金  （万元） | | | 上年度纯利润（万元） | |
|  | |  | | | |  | | |  | |  | | |  | |
| **效益产出情况** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 预计入股资金投入  （万元） | | | 计划受益残疾人人数（人） | | | | 计划入股份额（万元/每人） | | | | | | 预计每名残疾人年度  受益金额（万元） | | |
|  | | |  | | | |  | | | | | |  | | |
| 填报人： 联系电话： 填报时间： | | | | | | | | | | | | | | | |