附件

## 受艾滋病影响儿童情况审核表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 儿童基本情况 | 姓名 |  | 性别 | □男 □女 | 籍贯 |  | | （此处粘贴儿童本人  2 寸照片） |
| 民族 |  | 出生日期 | | 年 月 日 | | |
| 身份证号 | |  | | | | |
| 户籍所在地 | |  | | | | |
| 现家庭住址 | |  | | | | |
| 户籍状况 | | □农业 □ 非农业 | | | | |
| 就学状况 | | □未入园 □幼儿园 □小学 □初中 □高中  □中职 □辍学 □不在学（指 14 岁-16 岁未在学） | | | | | |
| 学业情况 | | □在读 □毕业 □肄业 □结业 □休学 □其他 | | | | | |
| 健康状况 | | □健康 □一般或较弱 ☑重病 □慢性病 □残疾 □未说明情况  □其他 | | | | | |
| 接受救助情况 | | □建档立卡贫困户儿童 □城乡低保家庭 □纳入特困人员救助供养 □其他救助 □无 | | | | | |
| 儿童本人（或监护人）银行账号 | |  | | | | | |
| 开户行 | |  | | 开户人姓名 | |  | |
| 生父母基本情况 | 父亲姓名 | |  | | 身份证号 |  | | |
| 母亲姓名 | |  | | 身份证号 |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 监护情况 | 实际监  护人 |  |  | | □父母 | □其他人监护 | |  |  |  |
| 其他监护人姓  名 |  | 性别 | | □男 □女 | 身份证号 |  | | | |
| 户籍所在地 | | |  | | | | | | |
| 现家庭住址 | | |  | | | | | | |
| 与儿童关系 | | | □祖父母孙子女关系 □外祖父母孙子女关系  □其他关系 。 | | | | | | |
| 非父母监护的原因 | | |  | | | | | | |
| 受艾滋病影响情况 | □父亲一方感染艾滋病 □母亲一方感染艾滋病  □父亲一方因艾滋病死亡 □母亲一方因艾滋病死亡  □本人是艾滋病病毒感染者或艾滋病病人的儿童 （本项可多选） | | | | | | | | | |
| 县级疾病预防控制审核意见 | 经核实，艾滋病感染者或艾滋病病人信息属实。  审核盖章：  审核日期： | | | | | | | 年 | 月 | 日 |
| 填表机构联系人： | | |  | |  | 联系电话： | |  | | |