广州市康园工疗项目示范基地学员申请表

区 街（乡镇） 社区（村委）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | 民族 |  | 出生  年月 | | | | |  | | | 出生地 | | | |  | 照  片 | | |
| 文化程度 | |  | 婚姻状况 | | |  | | 残疾类别 | | | | |  | | | 残疾等级 | | | |  |
| 身份证号 | |  | | | | | | 残疾人证号 | | | | |  | | | | | | | |
| 户籍地 | | 区 派出所 | | | | | | 家庭地址 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 监护人 | |  | | | 联系电话 | |  | | | | | | | 家庭经济状况 | | | | | |  | | | |
| 简  历 | 小学 | |  | | | | 中学 | | |  | | | | | | | 大学 | | |  | | | |
| 工作  经历 | | 1、 | | | | | | | | | | | 3、 | | | | | | | | | |
| 2、 | | | | | | | | | | | 4、 | | | | | | | | | |
| 健  康  状  况 | 身高 | | cm | | | 体重 | | kg | | | | | 有何特殊爱好 | | | | | | |  | | | |
| 有何特殊疾病 | | | |  | | | | | | | | 有何慢性病 | | | | | | |  | | | |
| 有无过敏记录 | | | |  | | | 药物 | | | |  | | | 食品 | | |  | | 其他 | |  | |
| 其他说明 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 社  会  适  应  能  力 | 饮食会否自理 | | |  | 大小便会否自理 | | | |  | | 会否穿着衣服 | | | | | | | |  | 会否乘车 | | |  |
| 会否购物 | | |  | 会否约友 | | | |  | | 能否自行  到工疗站 | | | | | | | |  | | | | |
| 能否与人沟通 | | |  | | | | | | | 会否使用电话 | | | | | | | |  | | | | |
| 家务劳动情况 | | |  | | | | | | | 应急能力情况 | | | | | | | |  | | | | |
| 主要障碍  和困难 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 备  注 | **本人承诺所提供资料信息真实可靠，如有不实之处，愿承担相关责任和义务。**    **申请人：**  **监护人： 年 月 日** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

备注：本表页面不够填写的，可另附页作进一步说明。