附件2

贫困残疾人家庭无障碍改造项目

补贴对象公示（格式）

社区（村）全体居民：

经筛查，你社区（村）下列同志 、 、 、 、 、 ，符合宁夏贫困残疾人家庭无障碍改造项目有关条件，拟作为改造对象，由残联组织对其家庭进行无障碍改造。现予公示，接受大家监督。如有异议，请于7日内向残联反映和提出意见。

联系电话：

联系人：

县 残 联

年 月 日