附件四

余杭区“三个不让”救助工作反馈单

余杭区“三个不让”帮扶救助领导小组办公室：

我局对申请对象 进行了复核，情况如下：

1. 家庭情况：
2. 救助方案：

联系人： 联系电话：

单位（盖章）

年 月 日