附件2

自愿放弃被收养残疾孤儿保障待遇承诺书

\_\_\_\_\_\_\_民政局：

收养人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，男/女，身份证号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_；

收养人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，男/女，身份证号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_；

被收养人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，男/女，身份证号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。

我们已知晓收养残疾孤儿后可继续享受孤儿福利保障的政策，我们收养\_\_\_\_\_\_\_（被收养人姓名）是为了给予其更多的关爱，并承诺为其提供在生活、教育、医疗等方面的保障。

我们自愿放弃被收养残疾孤儿以下保障待遇。

□孤儿基本生活费 □孤儿助学

□孤儿医疗康复“明天计划”

□其他 保障待遇

收养人签名： 收养人签名：

年 月 日