附件1

**揭阳市民办养老机构新增床位补贴申请表**

填报单位（盖章）： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **机构基本情况** | | | | | | | | | | | | | | |
| 机构名称 | |  | | | | | | | 法定代表人 | | |  | | |
| 地 址 | |  | | | | | | | 邮政编码 | | |  | | |
| 占地面积 | |  | | 固定电话 | | |  | | 投资总额 | | |  | | |
| 使用面积 | |  | | 移动电话 | | |  | | 现有床位数 | | | 总数： 张；  其中，护理型床位数  张 | | |
| 投资类型 | |  | | 电子邮箱 | | |  | | 入住老人数 | | | 人 | | |
| **企业法人营业执照（或者民办非企业单位登记证书）编号** | |  | | | | | 登记类型 | | | | |  | | |
| 统一社会  信用代码 | |  | | | | | 建设类型 | | | | | □自有产权  □租赁场地 | | |
| 银行账号 | |  | | | | | 开户行及用户名 | | | | |  | | |
| **新增床位情况** | | | | | | | | | | | | | | |
| 单人间数 |  | | 双人间数 | | |  | | 三人间数 | |  | | | 多人间数 |  |
| 房间总数 |  | | | | | 床位总数 | | 总数： 张  其中，普通床位数： 张；护理型床位数： 张；将普通床位改造升级为护理型床位的： 张 | | | | | | |
| 平均床位建筑面积 |  | | | | | | | 平均床位使用面积 | | |  | | | |
| 补贴标准 |  | | | | | | | 补贴金额 | | | 元 | | | |
| **声 明**  本机构保证以上及所附数据资料真实有效，并承诺遵守《揭阳市民办养老机构扶持资助办法》。如有不实或违反有关规定，愿承担相关法律责任。  经办人签名： 法定代表人（主要负责人）签名：  （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| **审批意见** | | | | | | | | | | | | | | |
| 县（市、区）民政局  审核意见 | | | | | （单位盖章）  经办人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 市民政局  审批意见 | | | | | （单位盖章）  经办人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 备 注 | | | | |  | | | | | | | | | |

附件2

**揭阳市民办养老机构入住老年人名册表**

填报单位(盖章)： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **身份证号** | **户籍地址** | **入住时间** | **退出时间** | **老年人能力评估等级** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

注：入住时间和退出时间填写格式为：××××年××月××日

附件3

**揭阳市民办养老机构运营补贴申请表**

填报单位（盖章）： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **机 构 基 本 情 况** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 机构名称 | |  | | | | | | | | | | 法定代表人 | | | |  | |
| 地 址 | |  | | | | | | | | | | 邮政编码 | | | |  | |
| 固定电话 | |  | | | | | 移动电话 | | |  | | 电子邮箱 | | | |  | |
| **企业法人营业执照（或者民办非企业单位登记证书）编号** | | | | |  | | | | | 现有床位数 | | 总数： ；  其中，护理型床位数 。 | | | | | |
| 评定等级（附星级评定证书） | | 有效期至 年 月 日 | | | | | |
| 统一社会信用代码 | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 银行账号 | | | | |  | | | | | 开户行及用户名 | |  | | | | | |
| **人 员 配 比 情 况** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医技人数 |  | | | | | 持证人数 | |  | | | 护士人数 | |  | | 持证人数 | |  |
| 护理员数 |  | | | | | 持证人数 | |  | | | 入住老人数 | |  | | | | |
| **申 请 内 容** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 月 份 | | | 申请补贴人数 | | | | | | 经审核实际补贴人数 | | | | | 实际发放补贴金额 | | | |
| 一月 | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |
| 二月 | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |
| 三月 | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |
| 四月 | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |
| 五月 | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |
| 六月 | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |
| 七月 | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |
| 八月 | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |
| 九月 | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |
| 十月 | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |
| 十一月 | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |
| 十二月 | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |
| 合计 | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |
| **声 明**  本机构保证以上及所附数据资料真实有效，并承诺遵守《揭阳市民办养老机构扶持资助办法》。如有不实或违反有关规定，愿承担相关法律责任。  经办人签名： 法定代表人（主要负责人）签名：  （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **审 核 意 见** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 县（市、区）民政局审核意见 | | | | （单位盖章）  经办人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 市民政局  审批意见 | | | | （单位盖章）  经办人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 备 注 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |

附件4

**揭阳市民办养老机构医护从业人员名册表**

填报单位(盖章)： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 职业 | 姓名 | 身份证号码 | 持证情况 | 培训情况 | 合同期限 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1.职业可选填“医技人员”、“护士”、“护理员”;

2.合同期限填写格式为：××××年××月××日至××××年××月××日。

附件5

**揭阳市民办养老机构医养结合补贴申请表**

填报单位（盖章）： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 养老机构备案名称 | |  | 医疗机构名称 |  |
| 养老机构备案  回执编号 | |  | 医疗机构执业  许可证编号 |  |
| 取得养老机构备案回执时间 | |  | 取得医疗机构执业许可证时间 |  |
| 固定电话 | |  | 移动电话 |  |
| 地址 | |  | 统一社会信用代码 |  |
| 具备医保定点资格 | | □是 □否 | 法定代表人 |  |
| 现有床位数 | | 总数： ；  其中，护理型床位数  （护理型床位占比 %） | 入住老年人数 |  |
| 银行账号 | |  | 开户行及用户名 |  |
| 申请补贴金额 | | | 元 | |
| 县（市、区）民政局审核意见 | 经办人签名： （单位盖章）  年 月 日 | | | |
| 市民政局审批意见 | 经办人签名： （单位盖章）  年 月 日 | | | |

附件6

**揭阳市民办养老机构等级评定补贴申请表**

填报单位（盖章）： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 养老机构名称 |  | | 评定等级（附星级评定证书） | |  |
| **企业法人营业执照（或者民办非企业单位登记证书）编号** |  | | 星级评定部门 | |  |
| 取得**企业法人营业执照（或者民办非企业单位登记证书）**时间 |  | | 星级评定证书  有效期限 | |  |
| 统一社会信用代码 |  | | 法定代表人 | |  |
| 固定电话 |  | | 移动电话 | |  |
| 地址 |  | | | | |
| 银行账号 |  | 含开户行及用户名 | |  | |
| 补贴金额 | 元 | | | | |
| 县（市、区）民政局意见 | 经办人签名：  （单位盖章）  年 月 日 | | | | |
| 市民政局意见 | 经办人签名：  （单位盖章）  年 月 日 | | | | |

注：证书有效期限填写格式为××××年××月××日至××××年××月××日

附件7

**揭阳市民办养老机构资助承诺书**

我方郑重承诺:

1.我方接受 民政局对补贴资金使用、管理情况的监督，民政局有权向我方查询补贴资金的使用、管理情况，并提出意见和建议。对违反使用规定的，提出整改意见，缓拨、停拨补贴资金，追缴已拨补贴资金，并依法追究我方法律责任。必要时， 民政局可以委托有关部门对补贴资金进行审计。

2.我方承诺在 民政局规定的期限内按《揭阳市民办养老机构扶持资助办法》的规定提出资助申请，提交有关材料。逾期未提交的，视为我方自动放弃补贴资金。

3.我方承诺5年内不得改变机构主要场地和设施用途，不擅自改变使用性质，不利用机构房产从事核准服务范围以外的其他经营活动，不挪用补贴资金，不从事非法集资活动、以及其他不符合国家、省、市有关要求或违反资助协议规定的活动。

4.我方承诺在申请资助、接受核查时，提供的数据、资料和凭证真实、有效、完备。

5.我方承诺将补贴资金主要用于养老机构的设施改造、完善和改善服务等符合其宗旨的活动和事业，不得擅自改变补贴资金的用途。

6.我方承诺按照国家有关规定，建立健全财务会计制度和补贴资金的使用制度，为补贴资金设立单独核算科目，加强对补贴资金的管理。

7.我方若存在违反上述承诺的情形，即构成违约，我方愿意承担以下责任：

民政局有权向人民法院起诉，有权要求我方限期改正，并可视具体情节决定取消我方享受资助的资格；对已经拨付的补贴资金予以追缴，并依法追究法律责任。如果我方单方解除协议，我方退还 民政局已拨付补贴资金。

8.未尽事宜，我方服从由 民政局按照国家有关养老机构的规定办理。

承诺单位名称（加盖公章）：

法定代表人签字：

联系电话：

日期：