附件1：

**自治区民办养老机构服务月统计表**

        年    月份

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构床位数 | |  | 当月在院人数 | |  | 满1个月人数 |  |
| 序号 | 服务对象姓名 | 身份证号 | 家庭  联系人 | 家庭联  系电话 | 入住时间 | 房间号 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

填报人：          联系电话：         填报时间：         机构（盖章）：

 注：1、本表一式三份，县、地民政部门，自治区民政厅各留存一份。

2、机构每月统计，每季度报送县级民政部门，县民政局每季度报上级民政部门。

附件2：

**自治区民办养老机构资助资金申请书**

       民政局（厅）：

年度，本机构恪守社会福利机构管理法规及行业管理制度，诚信经营，服务为本。根据自治区民政厅、财政厅《自治区民办养老机构资助办法》，现申请                 （运营补贴、一次性开办补助）：

一、运营补贴：

      年度，我机构符合资助条件的服务总量为     人\*月，按补贴标准，申请补贴资金      万元。

二、一次性开办补助：

我机构于      年  月  日，经     　　　　       批准设立，核定床位数 　   张，申领第　　　年补助（　　　%）资金     　  万元。

我单位保证所有申报材料符合规定，真实有效，能完整反映本机构建设、服务状况，确保按照规定时间、地点接受核查，并自愿承担由此造成的一切后果。

附：申请提交材料目录。

申请机构（盖章）：

申请时间：

附件3：

**自治区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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基  本  情  况 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 机构名称 | | |  | | | | | 设立时间 | | | |  | | | |
| 法定代表人 | | |  | | | | | 身份证号 | | | |  | | | |
| 地    址 | | |  | | | | | 邮政编码 | | | |  | | | |
| 固定电话 | | |  | | | | | 移动电话 | | | |  | | | |
| 福利机构证号 | | |  | | | | | 登记（民非）字号 | | | |  | | | |
| 机构代码证号 | | |  | | | | | 卫生许可证号 | | | |  | | | |
| 开户银行 | | |  | | | | | 银行账号 | | | |  | | | |
| 核定床位数 | | |  | | | | | 使用床位数 | | | |  | | | |
| 员  工  概  况 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 员工总数 | | | |  | | | | 持证人数 | | | |  | | | |
| 管理人员 | | | |  | | | | 持证人数 | | | |  | | | |
| 医技人数 | | | |  | | | | 持证人数 | | | |  | | | |
| 护士人数 | | | |  | | | | 持证人数 | | | |  | | | |
| 护理员数 | | | |  | | | | 持证人数 | | | |  | | | |
| 工勤人数 | | | |  | | | | 健康证数 | | | |  | | | |
| 申  请  人  数 | | | | | | | | | | | | | |
| 1月入住数 |  | | | 2月入住数 | |  | | 3月入住数 |  | | | 4月入住数 |  |
| 5月入住数 |  | | | 6月入住数 | |  | | 7月入住数 |  | | | 8月入住数 |  |
| 9月入住数 |  | | | 10月入住数 | |  | | 11月入住数 |  | | | 12月入住数 |  |
| 合 计 人 数 | | | |  | |  | | 合计金额 | 大写： | | | | |
| 本机构承诺以上所附资料及数据真实有效，如有不实，愿承担相关法规之处罚。  承诺人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_    （单位盖章）    　　　年    月    日 | | | | | | | | | | | | | |
| 审  核  意  见 | | | | | | | | | | | | | |
| 县级民政部门审批意见 | | | | | 地州民政局审批意见 | | | | | 自治区民政厅审批意见 | | | |
| 承办人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_  （单位盖章）  　　年    月    日 | | | | | 承办人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_  （单位盖章）  　　年    月    日 | | | | | 承办人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_  （单位盖章）  　　年    月    日 | | | |

附件4：

**自治区民办养老机构一次性开办补助申请表**

填报单位（盖章）：            填报时间：       年   月   日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申办人（单位）基本情况 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名（名称） | |  | | | | | | | | | 法定代表人 | | |  | |
| 住址（地址） | |  | | | | | | | | | 邮政编码 | | |  | |
| 固定电话 | |  | | | | | | 移动电话 | | |  | | | | |
| 营业执照 | |  | | | | | | 注册资本 | | |  | | | | |
| 申办人身份证号码 | |  | | | | | | 申办人职称 | | |  | | | | |
| 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 | | |  | | | | |
| 投资总额 | |  | | | | | | 投资类型 | | |  | | | | |
| 占地面积 | |  | | | | | | 使用面积 | | |  | | | | |
| 设计床位数 | |  | | | | | | 核定床位数 | | |  | | | | |
| 福利机构字号 | |  | | | | | | 登记（民非）字号 | | |  | | | | |
| 机构代码证号 | |  | | | | | | 卫生许可证号 | | |  | | | | |
| 收费许可证号 | |  | | | | | | 银行账号 | | |  | | | | |
| 员 工 概 况 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理人员 |  | | | 持证人数 | |  | | 医护人员 |  | | | | 持证人数 | |  |
| 护理员数 |  | | | 持证人数 | |  | | 工勤人数 |  | | | | 员工总数 | |  |
| 申请内容（床位核算） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 房间总数 | | |  | | | | 床位总数 | | | | |  | | | |
| 单人间数 | | |  | | | | 双人间数 | | | | |  | | | |
| 三人间数 | | |  | | | | 多人间数 | | | | |  | | | |
| 平均床位建筑面积 | | |  | | | | 平均床位使用面积 | | | | |  | | | |
| 补贴标准 | | |  | | | | 补贴年次 | | | | |  | | | |
| 补贴比例 | | |  | | | | 补贴金额 | | | | |  | | | |
| 本机构承诺以上所附资料及数据真实有效，如有不实，愿承担相关法规之处罚。  承诺人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_  （单位盖章）  　 　　年    月    日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 审  核  意  见 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 县级民政部门审批意见 | | | | | 地州民政局审批意见 | | | | | 自治区民政厅审批意见 | | | | | |
| 承办人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_  （单位盖章）  　　年    月    日 | | | | | 承办人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_  （单位盖章）  　　年    月    日 | | | | | 承办人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_  （单位盖章）  　　年    月    日 | | | | | |

附件5：

**自治区民办养老机构资助资金使用承诺书**

                  ：

                         （机构名称）系民办养老机构，按照《自治区人民政府关于加快推进社会养老服务体系建设的意见》规定，可获得       万元的资金资助。为确保资助资金得到有效、合理地使用，我们作如下承诺：

 一、严格执行民政部门的规章制度；

二、           万元（大写）的资助资金，指定用于房屋的新建、改扩建及维修；设施设备的购置；其他有益于改善入住老人生活质量的项目。

三、资助资金的使用管理，单独建账，做到专款专用，绝不截留、挤占和挪用；

四、接受民政部门的审计和检查；

五、民办养老机构投入运行后，五年内不得改变养老福利服务性质，确需改变设施服务性质，作非养老福利服务用途的，按资助年度退回资助资金；擅自改变福利设施服务性质的，应当在改变性质的30日内，退回全部资助资金。

因不可抗拒的客观因素改变养老福利设施服务性质的，项目单位提出书面申请，经审批设立民政部门批准，另行处理。

如违反上述承诺，愿承担相应的法律责任。本承诺书自签字之日起生效。

本承诺书为不可撤销之承诺，并一式四份；自治区民政厅、地州民政局、县（市、区）民政局和养老机构各执一份，具有同等效力。

**申办人或单位**：    （签名或盖章）   法定代表人：       （签名）

年      月      日

附件6：

**自治区民办养老机构年度资助资金汇总表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 | 床位数 | 使用  床位数 | 入住率  （%） | 运营补贴 | | 一次性开办补助 | | | | 总计 | 备注 |
| 累计月人次数 | 金额（元） | 床位数 | 补助年次 | 补助比例 | 金额（元） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填报单位（盖章）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　填报时间：　　　　年　　月　　日