附表1

深圳市民办养老机构新增床位资助申请表

填报单位（盖章）： 填报时间：

|  |
| --- |
| **基 本 情 况** |
| 机构名称 |  | 法定代表人 |  |
| 地址 |  | 投资总额 |  |
| 占地面积 |  | 固定电话 |  | 设置床位数 |  |
| 建筑面积 |  | 移动电话 |  | 实际床位数 |  |
| 投资类型 |  | 电子邮箱 |  | 入住老人数 |  |
| 养老机构设立许可证编号 |  | 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 |  | 财务人员证号 |  |
| **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 |  | 平均床位建筑面积 |  | 平均床位使用面积 |  |
| 资助标准 |  | 资助金额 | 大写： |
| **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《深圳市民办养老机构资助办法》。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** |
| 区民政部门 |  （单位盖章）负责人签名：  年  月  日  |
| 备 注 |  |

附表2

深圳市民办养老机构新增床位资助审核表

填报单位（盖章）： 填报时间：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 房间号 | 房间面积 | 床位数 | 床位平均面积 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 区民政部门勘查意见 |
| 经实地查看，以上数据真实有效。经办人签名： （单位盖章） 年 月 日 |

说明：1.单人间大于10平方米，双人间大于16平方米，三人以上房间大于或等于平均每人6平方米为有效资助床位；2.表格不够请自行延续；3.本表面积均为使用面积，单位为平方米。

附表3

深圳市民办养老机构护理服务资助申请表

填报单位（盖章）： 填报时间：

|  |
| --- |
| **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 |  |
| 养老机构设立许可证编号 |  | 核定床位数 |  |
| 申请资助床位数 |  |
| 医疗机构执业许可证编号 |  | 医疗合作单位（附合作协议） |  |
| 统一社会信用代码 |  | 卫生许可证号 |  |
| 银行账号 |  | 财务人员证号 |  |
| **人 员 配 比 情 况** |
| 医技人员 |  | 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 | 资助人数 | 一级 | 二级 | 三级 | 资助金额 | 一级 | 二级 | 三级 |
| 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《深圳市民办养老机构资助办法》。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** |
| 区民政部门 |  （单位盖章）负责人签名： 年  月  日  |
| 备 注 |  |

注：表格栏中的一级指重度失能服务对象；二级指轻度、中度失能服务对象；三级指能力完好服务对象。

附表4

养老机构入住老年人名册表

填报单位（盖章）： 填报时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓 名** | **身份证号** | **户籍地址** | **合同****签订时间** | **入住时间** | **退出时间** | **护理等级** | **评估机构** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附表5

养老机构从业人员名册表

填报单位（盖章）： 填报时间：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **职业** | **姓名** | **身份证号** | **户籍地址** | **合同期限** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**备注：1.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：XXXX年XX月XX日至XXXX年XX月XX日。**

附表6

深圳市民办养老机构医养结合资助申请表

填报单位（盖章）： 填报时间：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **养老机构名称** |  | **医疗机构名称** |  |
| **养老机构设立****许可证编号** |  | **医疗机构执业****许可证编号** |  |
| **取得养老机构设立许可证****时间** |  | **取得医疗机构****执业许可证时间** |  |
| **具备医保****定点资格** | **□是 □否** | **机构法人代表** |  |
| **统一社会****信用代码** |  | **银行账号** |  |
| **区民政部门****审批意见** |  负责人签名：  （单位盖章） 年  月  日  |

附表7

深圳市民办养老机构等级评定奖励申请表

填报单位（盖章）： 填报时间：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **养老机构名称** |  | **评定等级****（附等级评定证书）** |  |
| **养老机构设立****许可证编号** |  |
| **取得养老机构设立****许可证时间** |  | **证书有效期限** |  |
| **统一社会信用代码** |  | **机构法人代表** |  |
| **银行账号** |  |
| **区民政部门****审批意见** | 负责人签名：  （单位盖章） 年  月  日  |
| **备注** |  |

注：证书有效期限填写格式为：XXXX年XX月XX日至XXXX年XX月XX日

附表8

 深圳市民办养老机构责任保险资助申请表

填报单位（盖章）： 填报时间：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **养老机构名称** |  | **登记属性** | 民办非企业 |
| **养老机构设立****许可证编号** |  | **地址** |  |
| **床位数** |  | **实际入住老人数** |  |
| **机构法人代表** |  | **联系方式** |  |
| **养老机构责任保险合同编号** |  | **保险起止日期** |  |
| **统一社会信用****代码** |  | **银行账号** |  |
| **区民政部门****审批意见** | 负责人签名：  （单位盖章） 年  月  日  |
| **备注** |  |