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** |  | | |