附件

福田区老年人照料机构资助扶持工作指引

第一章 资助标准和资助条件

申请资助扶持的老年人照料机构（运营机构），应同时符合以下基本条件及各资助项目的专项条件。基本条件包括：

（一）申请年度内未被相关单位列入联合惩戒名单，符合国家、省、市规定的其他要求和条件；

（二）申请年度内未发生火灾、食物中毒、人员走失、人身伤害（经司法程序认定机构应承担责任的）等严重责任事故或重大服务纠纷。

一、新增床位资助

（一）资助标准：对于通过“二类机构”“三类机构”模式建设的全日照料机构，按照每新增一张床位资助4万元，分4年、每年1万元给予新增床位资助。新增床位是指新建、改建和扩建全日照料机构而新增加的养老服务床位，不含因全日照料机构更名、转接、移交等原因引起的床位变化。

（二）专项条件：申请新增床位资助的，应符合以下条件：

1．依法办理登记，在区民政部门办理养老机构设置备案或取得《养老机构设立许可证》，并开业运营；

2．新增床位每张床位平均建筑面积、实际使用面积、各功能空间使用面积及服务设施用房设置等符合《老年人照料设施建筑设计标准》（JGJ450-2018）的要求；

3．租赁场地经营的，场地租赁合同期限5年以上（含5年），且在申请资助时场地租赁剩余期限大于资助年限。

（三）申请材料：申请新增床位资助的，需提交下列材料：

1．《福田区全日照料机构新增床位资助申请表》（见附件1）、《福田区全日照料机构新增床位明细表》（见附件2）；

2．《养老机构设置备案回执》或有效的《养老机构设立许可证》、运营机构营业执照或民办非企业单位登记证书、法定代表人或主要负责人身份证复印件；

3．场地所有权证明，或租赁合同及房屋租赁管理部门出具的《房屋租赁凭证》；

4．现有全日照料机构改建、扩建的新增床位，还需提交工程竣工验收合格证明、消防验收合格意见书（备案凭证）。

二、护理服务资助

（一）资助标准：对收住福田区户籍老年人的全日照料机构，按入住满30天的户籍老年人实际入住天数给予护理服务资助。

1．收住重度失能老年人（一级护理）的，每人每月资助600元；

2．收住中度、轻度失能老年人（二级护理）的，每人每月资助450元；

3．收住能力完好老年人（三级护理）的，每人每月资助300元。

（二）专项条件：申请护理服务资助的，应符合以下条件：

1．依法办理登记，在区民政部门办理养老机构设置备案或取得《养老机构设立许可证》，并开业运营；

2．具有完整的老年人入住资料，包括按照民政部、国家市场监督管理总局印发的示范文本签订的《养老机构服务合同》、身份证明等；

3．按要求执行年度报告制度；

4．养老护理员与能力完好的服务对象比例不低于1∶10，与轻度失能、中度失能服务对象的比例不低于1∶5，与重度失能服务对象的比例不低于1∶3；

5．养老护理员岗前培训率达到100%；

6．及时足额支付员工薪酬及依法缴纳社会保险费；

7．内设医疗机构或医疗机构签订医疗合作协议。

（三）申请材料：申请护理服务资助的，需提交下列材料：

1．《福田区老年人照料机构护理服务资助申请表》（见附件3）、《福田区老年人照料机构服务老年人名册表》（见附件4）、《福田区老年人照料机构从业人员名册表》（见附件5）；

2．《养老机构设置备案回执》或有效的《养老机构设立许可证》、运营机构营业执照或民办非企业单位登记证书、法定代表人或主要负责人身份证复印件；

3．《医疗机构职业许可证》或医疗合作协议；

4．老年人身份证明和身体状况评估证明；

5．《养老机构服务合同》；

6．年度报告书。

三、医养结合资助

（一）资助标准：登记为同一法人，内设医疗机构且持有《医疗机构执业许可证》的全日照料机构，或者内设全日照料机构且持有《养老机构设置备案回执》或有效的《养老机构设立许可证》的医疗机构视为医养结合机构。同一投资方在同一地点设立独立法人的医疗机构和全日照料机构，且医疗机构能够长期为全日照料机构提供医疗服务的，视为医养结合机构。对已实际收住服务对象的医养结合机构可给予医养结合资助，具体标准如下：

1．具备医保定点资格的，按照30万元的标准给予一次性资助；

2．未具备医保定点资格的，按照20万元的标准给予一次性资助，取得医保定点资格后，按照10万元的补差标准给予一次性资助。

（二）申请材料：申请医养结合资助的，需提交下列材料：

1．《福田区老年人照料机构医养结合资助申请表》（见附件6）；

2．《养老机构设置备案回执》或有效的《养老机构设立许可证》、运营机构营业执照或民办非企业单位登记证书、法定代表人或主要负责人身份证复印件；

3．《医疗机构执业许可证》；

4．养老机构举办主体（投资方）和相关医疗机构举办主体（投资方）出资关联证明；

5．医保定点资质证明。

四、等级评定奖励

（一）资助标准：全日照料机构被广东省民政厅评定为三星级以上等级（含三星级）的，可享受等级评定奖励。评定为五星级养老机构按照30万元的标准给予一次性奖励；四星级养老机构按照20万元的标准给予一次性奖励；三星级养老机构按照10万元的标准给予一次性奖励。等级评定结果重新评定为同一等级的，不再另行奖励，重新评定为更高等级的，按照更高等级标准给予补差奖励。

（二）申请资料：申请等级评定奖励的，需提交下列材料：

1．《福田区老年人照料机构等级评定奖励申请表》（见附件7）；

2．等级评定证书。

五、责任保险资助

（一）资助标准：全日照料机构参加广东省养老机构责任保险统保示范项目，购买包含从业人员责任保障的养老机构责任保险，按实际投保床位每年每床资助120元。

（二）申请材料：申请责任保险资助的，需提交下列材料：

1．《福田区老年人照料机构责任保险资助申请表》（见附件8）；

2．养老机构责任保险合同及缴费收据。

六、更新改造资助

（一）资助标准：对于通过“二类机构”“三类机构”模式建设的全日照料机构，对原服务设施重新装修改造的，根据更新改造规模按项目实际投资金额的50%给予一次性更新改造资助，资助标准最高不超过1500元/㎡，资助总额最高不超过200万元。

（二）专项条件：申请更新改造资助的，应符合以下条件：

1．设施建设和设备配置应分别符合《福田区老年人照料机构建设运营管理办法》第十五条、十六条的要求；

2．租赁场地建设的，场地租赁合同期限5年以上（含5年），且在申请资助时场地租赁剩余期限大于3年；

3．场地应符合消防审验要求。

（三）申请材料：申请更新改造资助的，需提交下列材料：

1．《福田区老年人照料机构更新改造资助/建设经费资助申请表》（见附件9）；

2.《养老机构设置备案回执》或有效的《养老机构设立许可证》、运营机构营业执照或民办非企业单位登记证书、法定代表人或主要负责人身份证复印件；

3．服务场所的所有权证明，或租赁合同及房屋租赁管理部门出具的《房屋租赁凭证》；

4．工程竣工验收合格证明、消防验收合格意见书（备案凭证）；

5．装修工程和购置设备的合同、发票及银行支付凭证；

6．有造价咨询资质的机构出具的造价审核报告；

7．更新改造前后的平面图、照片等佐证材料。

七、建设经费资助

（一）资助标准：对于通过“二类机构”“三类机构”模式新建的日间照料机构，根据建设规模按项目建设实际投资金额的50%给予一次性建设经费资助，资助标准最高不超过800元/㎡，资助总额最高不超过50万元。

（二）专项条件：申请建设经费资助的，应符合以下条件：

1．本办法生效后完成项目建设并开业运营满1年；

2．设施建设和设备配置应分别符合《福田区老年人照料机构建设运营管理办法》第十五条、十六条的要求；

3．租赁场地建设的，场地租赁合同期限5年以上（含5年），且在申请资助时场地租赁剩余期限大于3年；

4．场地应符合消防审验要求。

（三）申请材料：申请建设经费资助的，需提交下列材料：

1．《福田区老年人照料机构更新改造资助/建设经费资助申请表》（见附件9）；

2．运营机构营业执照或民办非企业单位登记证书、法定代表人或主要负责人身份证复印件；

3．服务场所的所有权证明，或租赁合同及房屋租赁管理部门出具的《房屋租赁凭证》；

4．工程竣工验收合格证明、消防验收合格意见书（备案凭证）；

5．有造价咨询资质的机构出具的造价审核报告；

6．装修工程和购置设备的合同、发票及银行支付凭证。

八、年度运营资助

（一）资助标准：

1．全日照料机构、日间照料机构：建筑面积为750㎡—1000㎡（不含1000㎡）的，最高资助金额为20万元；建筑面积为1000㎡以上的，最高资助金额为30万元。

2．物业融合型照料机构：根据接受服务的物业小区内福田区户籍60周岁以上的中重度失能、特困老年人或80周岁以上高龄老人按20元/人/次，每次服务时长不少于1小时的标准计算服务量，给予资助扶持。服务量统计按签订服务协议且实际提供的服务频次计算，单人每年最高资助金额为480元。每机构在每街道最高资助金额不超过10万元/年。

（二）专项条件：申请年度运营资助的，应符合以下条件：

1．全日照料机构：

（1）配备与服务相适应的专职工作人员（不含派遣制用工），养老护理员与能力完好的服务对象比例不低于1∶10，与轻度失能、中度失能服务对象的比例不低于1∶5，与重度失能服务对象的比例不低于1∶3，未达此标准的，年度运营评估结果不得高于“合格”；

（2）机构年度平均入住率不低于40%，未达此标准的，年度运营评估结果不得高于“合格”；

（3）养老护理员岗前培训率达到100%，未达此标准的，年度运营评估结果不得高于“合格”；

（4）服务对象或其代理人年度满意率达到80%，未达此标准的，年度运营评估结果不得高于“合格”。

2．日间照料机构：

（1）建筑面积为1000㎡以上的，每月应配备专职工作人员不少于3名（不含派遣制用工）；建筑面积为750㎡—1000㎡（不含1000㎡）的，每月应配备专职工作人员不少于2名（不含派遣制用工），未达此标准的，年度运营评估结果不得高于“合格”；

（2）应确保每日开放时间不少于7小时且每月不少于152小时，未达此标准的，年度运营评估结果不得高于“良好”；

（3）为半失能或日常生活需要一定照料的老年人提供日间托养和日间照料服务，日托照料时间不少于4小时/人/天，全年服务不低于300人次，未达此标准的，年度运营评估结果不得高于“良好”；

（4）为老年人提供“一对一”的保健服务、康复服务、心理咨询、健康咨询、精神慰藉、社工个案等专业服务，提供服务的人员需有相关背景的专业资质，服务时间不低于30分钟/人/次，全年累计服务量不低于100人次，未达此标准的，年度运营评估结果不得高于“良好”；

（5）为老年人提供文化类、娱乐类、健康类、教育类、兴趣类等各类讲座，安排手工类、才艺类、体育类、兴趣类、节庆类等各类活动，平均每月开展活动数不少于4场，每场参加的老年人数不低于10人，每场活动时间不少于45分钟，未达此标准的，年度运营评估结果不得高于“良好”。

上述5项专项条件，未达3项的，年度运营评估结果不得高于“合格”；未达4项的，年度运营评估结果评为“不合格”。

3．物业融合型照料机构：

（1）机构经营（业务）范围包含“养老服务”相关内容；

（2）设立居家养老服务部门，建立健全财务会计制度，对养老服务的营业收支实行单独核算；

（3）配备经专业培训的养老护理员不少于1人（不含派遣制用工），按需配备专/兼职管理人员、专业技术人员、养老服务专员；

（4）有完整的服务对象个案档案资料、服务过程的台账资料备查。

（三）申请材料：申请年度运营资助的，需提交下列材料：

1．全日照料机构、日间照料机构：

（1）《福田区老年人照料机构年度运营资助申请表》（见附表10）《福田区老年人照料机构服务老年人名册表》（见附件4）《福田区老年人照料机构从业人员名册表》（见附件5）；

（2）全日照料机构提供《养老机构设置备案回执》或有效的《养老机构设立许可证》；

（3）运营机构营业执照或民办非企业单位登记证书、法定代表人或主要负责人身份证复印件；

（4）服务场所的所有权证明，或租赁合同及房屋租赁管理部门出具的《房屋租赁凭证》；

（5）申请年度评估考核结果相关证明材料；

（6）消防验收合格意见书（备案凭证）；

（7）专职工作人员全年社保清单、职业资格证书；

（8）申请年度养老护理员培训、考核佐证材料；

（9）申请年度服务对象满意度调查材料。

2．物业融合型照料机构

（1）《福田区物业融合型照料机构年度运营资助申请表》（见附件11）《福田区老年人照料机构服务老年人名册表》（见附件4）《福田区老年人照料机构从业人员名册表》（见附件5）；

（2）运营机构营业执照或民办非企业单位登记证书、法定代表人或主要负责人身份证复印件；

（3）专职工作人员全年社保清单、职业资格证书；

（4）老年人身份证明和具有能力评估资质的机构出具的老年人能力评估报告；

（5）与服务对象签订的服务协议；

（6）年度服务量统计核算结果报告。

九、场地租金资助

（一）资助标准：对自行租赁场所或使用自有物业建设运营的“三类机构”中的全日照料机构、日间照料机构给予场地租金资助，资助标准按最新《深圳市房屋租赁指导参考价格》公布的指导租金的70%执行。场地物业为租赁物业且实际租金低于指导租金，则按实际租金70%进行资助。全日照料机构、日间照料机构资助期限为3年。

（二）专项条件：申请场地租金资助的，应符合以下条件：

1．机构自行租赁场所或使用自有物业进行全日照料机构、日间照料机构建设；

2．租赁场地建设的，场地租赁合同期限5年以上（含5年），且在申请资助时场地租赁剩余期限大于资助年限；

3．场地应符合消防审验要求。

（三）申请材料：申请场地租金资助的，需提交下列材料：

1．《福田区老年人照料机构场地租金资助申请表》（见附件12）；

2．全日照料机构提供《养老机构设置备案回执》或有效的《养老机构设立许可证》；

3．运营机构营业执照或民办非企业单位登记证书、法定代表人或主要负责人身份证复印件；

4．服务场所的所有权证明，或租赁合同及房屋租赁管理部门出具的《房屋租赁凭证》；

5．消防验收合格意见书（备案凭证）；

6．要求提供的其他材料。

十、政策性养老床位资助

（一）服务对象：政策性养老床位主要面向福田区户籍年满60周岁的老年人，并根据《特困人员认定办法》（民发〔2021〕43号）和深圳市养老机构政策性床位评估轮候管理的相关规定确定下列两类保障对象：

特殊保障对象：

1．特困老年人（免费入住）；

2．低收入困难家庭的中度以上失能、残疾、高龄老年人；

3．中度以上失能的抚恤定补优抚对象；

4．经市、区人民政府认定的对本市做出重大贡献的老年人；

5．计划生育特殊家庭老年人。

优先保障对象：

经老年人能力评估，结果为能力重度受损（重度失能）或能力完全丧失（完全失能）且入住轮候评估分数达到一定标准的老年人。（入住轮候评估分数标准按供需情况进行动态调整）。

（二）专项条件：区民政部门下属事业单位购买政策性养老床位的机构应依法办理登记，在区民政部门办理养老机构设置备案或取得《养老机构设立许可证》，开业运营满1年，且服务设施地址位于福田辖区内的“一类机构”“二类机构”。

（三）资助标准：采用先入住后资助的方式购买政策性养老床位。参照《深圳市发展和改革委员会 深圳市民政局关于调整公办公营养老机构养老服务收费标准的通知》（深发改〔2017〕548号），根据服务对象的护理等级，按“一类机构”“二类机构”经区发改部门核定的养老机构收费备案价格与政策性养老床位政府定价收费标准间的差额的80%给予购买床位补贴。

政策性养老床位资助公式

| 费用分类 | | 政府定价（E） | 权重 | 补贴标准 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 床位及  护理费 | 半护理 | 1810元/人/月 | 0.8 | （G-E）× 权重 |
| 全护理 | 2360元/人/月 | 0.8 | （G-E）× 权重 |
| 注：G代表“一类机构”“二类机构”备案价格，E代表政策性养老床位政府定价收费标准。特别护理服务收费标准由入住老年人或其家属与老年人照料机构根据护理需要双方协商确定，按全护理标准对机构进行补贴。 | | | | |

（四）资助申请资料：

1.《福田区政策性养老床位补贴申请汇总表》（见附件13）；

2．经区发改部门核定的《福田区公建民营养老机构收费备案表》；

3．《福田区政策性养老床位服务合作协议》；

4．政策性养老床位入住老年人身份证明和具有老年人能力评估资质的机构出具的失能等级评估报告（入住期间身体状况有变化的，需提供新的评估证明）（首次申请资助时提供）。

（五）资助申请流程

区民政部门下属事业单位购买政策性养老床位的“一类机构”“二类机构”，根据两类保障对象的护理等级标准按月计算补贴金额，于每季度10日前一次性提交上季度政策性养老床位资助申请材料，报区民政部门下属事业单位审核审批，区民政部门下属事业单位每季度根据实际入住人数及标准额度统一结算费用，并对经费使用情况进行监管。

（六）相关要求：

1．区民政部门下属事业单位负责政策性养老床位签约工作，落实老年人政策性养老床位入住需求统计、材料审核、轮候分配等工作，确保各项工作顺利有序推进。

2．对区民政部门下属事业单位购买政策性养老床位的“一类机构”“二类机构”日常工作考核，一并纳入福田区老年人照料机构年度评估考核，按年度开展服务评估和绩效评价，评价结果及时向社会公布，确保政策性养老床位建设良性规范运行。

十一、普惠性社会养老床位补贴

（一）补贴对象：年满60周岁、入住辖区内社会养老床位且老年人能力评估结果为轻度及以上失能的福田区户籍老年人。

（二）专项条件：补贴对象入住的养老机构为依法办理登记，在区民政部门办理养老机构设置备案或取得《养老机构设立许可证》，开业运营满1年，且服务设施地址位于福田辖区内的全日照料机构。

（三）补贴标准：对符合申请条件的老年人，参照《深圳市发展和改革委员会 深圳市民政局关于调整公办公营养老机构养老服务收费标准的通知》（深发改〔2017〕548号）的定价标准，结合现有社会化收费标准和老年人失能等级，给予普惠性社会养老床位补贴。

普惠性社会养老床位补贴标准

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 护理等级 | 政府定价（E）  （元/人/月） | | | “二类机构”平均收费价（G）  （元/人/月） | | | 权重 | 补贴标准 | 补贴金额 |
| 床位费 | 护理费 | 合计 | 床位费 | 护理费 | 合计 |
| 一般护理 | 710 | 620 | 1330 | 2730 | 1103 | 3833 | 0.33 | （G-E）×权重 | 826元/人/月 |
| 半护理 | 710 | 1100 | 1810 | 3145 | 1951 | 5096 | 0.33 | （G-E）×权重 | 1084元/人/月 |
| 全护理 | 710 | 1650 | 2360 | 3867 | 3063 | 6930 | 0.33 | （G-E）×权重 | 1508元/人/月 |
| 注：补贴标准=（G-E）×权重，E代表政策性床位政府定价收费标准，G代表“二类机构”平均收费价格，社会调研平均收费：一般护理3833元/人/月，半护理5096元/人/月，全护理6930元/人/月。轻度失能对应一般护理标准，中度失能对应半护理标准，重度及以上失能对应全护理标准。 | | | | | | | | | |

（四）补贴申请流程：

1．提交申请。符合条件的申请人持相关材料到本人户籍所在地社区进行申请，申请人身体不便可书面委托子女办理。申请人应对提交材料的真实性、准确性、合法性负责，需提交下列材料：

（1）《福田区普惠性社会养老床位补贴申请表》（见附件14）；

（2）申请人身份证复印件；

（3）由“i深圳”APP“公办养老机构轮候申请”内具有能力评估资质的机构出具的老年人能力评估证明；

（4）入住辖区内社会养老床位相关证明材料。

2．床位确认。社区应在5个工作日内完成资料初审，报送街道办事处。街道办事处应在5个工作日内完成审核，确定普惠性社会养老床位资格，并由街道办事处公示7天。

3．补贴发放。公示期满无异议后，街道办事处按月将普惠性社会养老床位补贴发放至老年人银行账户。

（五）相关要求：

1．区民政部门下属事业单位每月向各街道推送上月全区全日照料机构在住政策性养老床位老年人名单，供各街道办事处核实。

2．街道办事处落实属地管理责任，负责普惠性社会养老床位的组织申报、审核及补贴发放。

十二、从业人员补贴

（一）补贴对象：高等教育院校、中高等职业教育院校毕业生，在毕业三年以内进入深圳市养老机构，且从事一线专业技术岗位或养老护理技能岗位工作累计满三年，取得国家认可岗位相关职业证书的，可以申请享受一次性养老机构从业人员入职补贴。

在深圳市养老机构内连续从事一线养老护理工作满一年的养老护理技能岗位人员，取得国家认可岗位相关职业证书的，可以申请享受养老机构从业人员岗位补贴。

（二）资助标准：按照《深圳市养老机构从业人员补贴试行办法》（深民规〔2023〕2号）的规定执行。

（三）相关要求：

1．区民政部门对全日照料机构从业人员补贴发放情况定期核查，及时根据养老服务从业人员变化情况调整或终止补贴的发放，并每年定期通过门户网站公布补贴发放情况，接受社会监督。

2．区民政部门下属事业单位负责区级全日照料机构从业人员补贴的组织申报、审核及补贴发放；街道办事处负责本辖区内全日照料机构从业人员补贴的组织申报、审核及补贴发放。

3．从业人员补贴对象、补贴条件、补贴标准、申请和审批、发放等具体事宜按照《深圳市养老机构从业人员补贴试行办法》（深民规〔2023〕2号）的规定执行。

第二章 资助申报和资助审核

一、资助申报

拟申请资助的老年人照料机构于每年第一季度结束前，按资助条件要求向主管单位提出申请，并一次性提交全部申请及相关材料。

二、资助申请核查

（一）初审。主管单位收到老年人照料机构提交的齐全资助申请材料之日起5个工作日内，组织工作力量对资助申请材料进行初审，对老年人照料机构进行实地核查，并出具初审意见。

（二）审批。经资料初审、实地核查符合资助条件的，主管单位于出具初审意见之日起10个工作日内出具审批意见，进行建设类资助审核时，需对申请机构提交的造价材料进行造价复审。

（三）签订资助协议。经实地核查、审批确定予以资助的，主管单位与接受资助的老年人照料机构签订资助协议，并将资助协议报区民政部门备案；不符合资助条件的，主管单位书面通知申请机构并说明理由。

（四）拨付。主管单位作出资助决定并签订协议之日起5个工作日内完成资助资金拨付工作。

（五）归档。主管单位做好资助申请和审核全流程档案管理工作。

三、其他事项

政策性养老床位资助、普惠性社会养老床位补贴和养老机构从业人员补贴申请流程按本工作指引第一章有关要求执行。

附件：1．福田区老年人照料机构新增床位资助申请表

2．福田区老年人照料机构新增床位明细表

3．福田区老年人照料机构护理服务资助申请表

4．福田区老年人照料机构服务老年人名册表

5．福田区老年人照料机构从业人员名册表

6．福田区老年人照料机构医养结合资助申请表

7．福田区老年人照料机构等级评定奖励申请表

8．福田区老年人照料机构责任保险资助申请表

9．福田区老年人照料机构更新改造资助/建设经费资助申请表

10．福田区老年人照料机构年度运营资助申请表

11．福田区物业融合型照料机构年度运营资助申请表

12．福田区老年人照料机构场地租金资助申请表

13．福田区政策性养老床位补贴申请汇总表

14．福田区普惠性社会养老床位补贴申请表

15．福田区养老机构从业人员入职补贴申请表

16．福田区养老机构从业人员岗位补贴申请表

附件1

福田区老年人照料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** | | | | | | | | | | | | | |
| 全日照料机构名称 | |  | | | | | | | 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 | | |  | |
| 设置备案回执（或设立许可证）编号 | |  | | | | | | | 登记类型 | | | □民办非企业单位  □企业法人 | |
| 统一社会  信用代码 | |  | | | | | | | 建设类型 | | | □政府物业  □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《福田区老年人照料机构建设运营管理办法》。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 | | | | | | | | | | | | | |
| **主管单位审核意见** | | | | | | | | | | | | | |
| 初审意见 | | | （单位盖章）  负责人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 审批意见 | | | （单位盖章）  负责人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | |

附件2

福田区老年人照料机构新增床位明细表

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 |  |  |  |  |  |
| 主管单位勘查意见 | | | | | |
| 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。

附件3

福田区老年人照料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** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 老年人  照料机构  名称 | | |  | | | | | | | | | | 法定代表人 | | | | |  | | | |
| 地址 | | |  | | | | | | | | | | 邮政编码 | | | | |  | | | |
| 联系人 | | |  | | | 联系电话 | | |  | | | | 电子邮箱 | | | | |  | | | |
| 设置备案回执（或设立许可证）编号 | | | |  | | | | | 床位费和护理费收费标准 | | | | | |  | | | | | | |
| 养老护理员与  服务对象比例 | | | | | |  | | | | | | |
| 医疗机构执业许可证编号 | | | |  | | | | | 社保交缴人数 | | | | | |  | | | | | | |
| 统一社会信用代码 | | | |  | | | | | 医疗合作单位  （附合作协议） | | | | | |  | | | | | | |
| 银行账号 | | | |  | | | | | 卫生许可证号 | | | | | |  | | | | | | |
| **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** | | | 重度失能 | 中度失能 | | 轻度失能 | | | 能力完好 | | **资助**  **金额** | | 重度失能 | | 中度失能 | | | 轻度失能 | | 能力完好 |
| 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《福田区老年人照料机构建设运营管理办法》。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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **主管单位审核意见** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 初审意见 | | | | （单位盖章）  负责人签名：  年    月    日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 审批意见 | | | | （单位盖章）  负责人签名：  年    月    日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件4

福田区老年人照料机构服务老年人名册表

填报单位（盖章）： 填报时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 身份证号 | 户籍地址 | 失能等级 | 服务协议时间 | 服务内容 | 服务时长 | 服务次数 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件5

福田区老年人照料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 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

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。

附件6

福田区老年人照料机构医养结合资助申请表

填报单位（盖章）： 填报时间：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 老年人照料机构  名称 | |  | 机构地址 |  |
| 设置备案回执（或设立许可证）编号 | |  | 医疗机构名称 |  |
| 设置备案时间（或取得有效养老机构设立许可证时间） | |  | 医疗机构执业  许可证编号 |  |
| 具备医保定点资格 | | □是 □否 | 取得医疗机构  执业许可证时间 |  |
| 统一社会信用代码 | |  | 机构法定代表人 |  |
| 联系人及电话 | |  | 银行账号 |  |
| **主管单位审核意见** | | | | |
| 初审意见 | （单位盖章）  负责人签名：  年 月 日 | | | |
| 审批意见 | （单位盖章）  负责人签名：  年 月 日 | | | |

附件7

福田区老年人照料机构等级评定奖励申请表

填报单位（盖章）： 填报时间：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 老年人照料机构  名称 | |  | 评定等级 | （附等级评定证书） |
| 机构地址 | |  | 证书有效期限 |  |
| 设置备案回执（或设立许可证）编号 | |  | 机构法定代表人 |  |
| 登记备案时间（或取得有效养老机构设立许可证时间） | |  | 联系人及电话 |  |
| 统一社会信用代码 | |  | 机构银行账号 |  |
| **主管单位审核意见** | | | | |
| 初审意见 | （单位盖章）  负责人签名：  年 月 日 | | | |
| 审批意见 | （单位盖章）  负责人签名：  年 月 日 | | | |

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。

附件8

福田区老年人照料机构责任保险资助申请表

填报单位（盖章）： 填报时间：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 老年人照料机构名称 | |  | 登记属性 | □民办非企业单位  □企业法人 |
| 设置备案回执（或设立许可证）编号 | |  | 机构地址 |  |
| 床位数 | |  | 实际入住老人数 |  |
| 机构法人代表 | |  | 联系人及电话 |  |
| 照料机构责任  保险合同编号 | |  | 保险起止日期 |  |
| 统一社会信用  代码 | |  | 银行账号 |  |
| **主管单位审核意见** | | | | |
| 初审意见 | （单位盖章）  负责人签名：  年 月 日 | | | |
| 审批意见 | （单位盖章）  负责人签名：  年 月 日 | | | |

附件9

福田区老年人照料机构更新改造资助/建设

经费资助申请表

填报单位（盖章）： 填报时间：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 老年人照料机构名称 |  | | |
| 运营机构名称 |  | | |
| 法定代表人 |  | 联系人及  电话 |  |
| 运营机构性质 | □民办非企业单位  □企业法人 | 建设运营  模式 | □二类机构  □三类机构 |
| 场地规模 | 建筑面积 平方米 | 占地面积 平方米 | |
| 申请项目 | 资助类型：□更新改造资助 □建设经费资助 | | |
| 申请资助金额： 万元 | | |
| 建设投资金额 | 万元 | | |
| 投资金额组成 | 装修建设工程（ 万元） 设施设备购置（ 万元）  其它（请说明： ） | | |
| 项目期限 | 更新改造/建设时间：从 年 月 日 —— 年 月 日  开业运营时间：从 年 月 日始 | | |
| 主要功能 | □生活照料 □日托看护 □膳食服务 □医疗护理  □康复保健 □康乐及文娱活动 □家政服务  □陪护服务 □心理咨询 □交通服务  □其它养老服务（请说明 ） | | |
| **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《福田区老年人照料机构建设运营管理办法》。如有不实或违反有关规定，愿承担相关法律责任。**  法定代表人（主要负责人）签名： 申请机构盖章：    年 月 日 | | | |
| **主管单位审核意见** | | | |
| 初审意见 | （单位盖章）  负责人签名：  年 月 日 | | |
| 审批意见 | （单位盖章）  负责人签名：  年 月 日 | | |

注：此表使用A4纸双面打印，请保持在一页纸内。

附件10

福田区老年人照料机构年度运营资助申请表

填报单位（盖章）： 填报时间：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 老年人照料机构名称 |  | | | |
| 运营机构名称 |  | | | |
| 法定代表人 |  | 联系人及电话 | |  |
| 运营机构性质 | □民办非企业单位 □企业法人 | | | |
| 场地规模 | 建筑面积 平方米 | | 使用面积 平方米 | |
| 机构类型 | □全日照料机构 □日间照料机构 | | | |
| 年度运营评估等级 |  | 申请资助金额 | | 万元 |
| 项目期限 | 建设时间：从 年 月 日—— 年 月 日  开业运营时间：从 年 月 日始 | | | |
| 人员配置 | 专职工作人员： 人。  其中，社工 人；养老护理员 人；心理咨询师 人；康复师 人；其他（ ） 人。 | | | |
| 主要功能 | □生活照料 □日托看护 □膳食服务 □医疗护理  □康复保健 □康乐及文娱活动 □家政服务 □陪护服务  □心理咨询 □交通服务  □其它养老服务（请说明 ） | | | |
| **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《福田区老年人照料机构建设运营管理办法》。如有不实或违反有关规定，愿承担相关法律责任。**  法定代表人（主要负责人）签名： 申请机构盖章：  年 月 日 | | | | |
| 主管单位审批意见 | | | | |
| 初审意见 | （单位盖章）  单位负责人签名：  年 月 日 | | | |
| 审批意见 | （单位盖章）  单位负责人签名：  年 月 日 | | | |

附件11

福田区物业融合型照料机构年度运营资助申请表

填报单位（盖章）： 填报时间：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 运营机构名称 |  | | | |
| 服务小区地址 |  | | | |
| 法定代表人 |  | 联系人及电话 | |  |
| 场地规模 | 建筑面积 平方米 | | 占地面积 平方米 | |
| 项目期限 | 建设时间：从 年 月 日—— 年 月 日  开业运营时间：从 年 月 日始 | | | |
| 人员配置 | 专职工作人员： 人。  其中，社工 人；养老护理员 人；心理咨询师 人；康复师 人；其他（ ） 人。 | | | |
| 年度服务  老人数 | 年度共计服务 人。  □60周岁以上失能老人： 人  （其中，重度失能 人，中度失能 人）；  □80周岁以上高龄老人： 人；□特困老人： 人。 | | | |
| 年度累计  服务量 | □助餐： 次 □助浴： 次  □助洁： 次 □助急： 次  □助行： 次 □助医： 次  □照料看护： 次 □其他（ ）： 次 | | | |
| 申请资助金额 | 万元 | | | |
| **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《福田区老年人照料机构建设运营管理办法》。如有不实或违反有关规定，愿承担相关法律责任。**  法定代表人（主要负责人）签名： 申请机构盖章：  年 月 日 | | | | |
| **主管单位审核意见** | | | | |
| 初审意见 | （单位盖章）  负责人签名：  年 月 日 | | | |
| 审批意见 | （单位盖章）  负责人签名：  年 月 日 | | | |

附件12

福田区老年人照料机构场地租金资助申请表

填报单位（盖章）： 填报时间：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 老年人照料机构名称 | |  | | | |
| 运营机构名称 | |  | | | |
| 法定代表人 | |  | 联系人及电话 | |  |
| 运营机构性质 | | □民办非企业单位       □企业法人 | | | |
| 场地规模 | | 建筑面积 平方米 | | 占地面积 平方米 | |
| 申请项目 | | 场地物业指导价： 元/㎡/月 | | | |
| 申请资助金额： 万元 | | | |
| 项目期限 | | 建设时间：从 年 月 日 —— 年 月 日  开业运营时间：从 年 月 日始 | | | |
| 主要功能 | | □生活照料 □日托看护 □膳食服务 □医疗护理  □康复保健 □康乐及文娱活动 □家政服务 □陪护服务  □心理咨询 □交通服务  □其它养老服务（请说明 ） | | | |
| **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《福田区老年人照料机构建设运营管理办法》。如有不实或违反有关规定，愿承担相关法律责任。**  法定代表人（主要负责人）签名： 申请机构盖章：  年 月 日 | | | | | |
| **主管单位审核意见** | | | | | |
| 初审意见 | （单位盖章）  负责人签名：  年 月 日 | | | | |
| 审批意见 | （单位盖章）  负责人签名：  年 月 日 | | | | |

注：场地物业指导价参照深圳市住建部门发布的《深圳市房屋租赁指导参考价格》。

附件13

福田区政策性养老床位补贴申请汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 | |  | | | | 机构地址 | |  | | | | | | | | | |
| 银行账号 | |  | | | | 开户行及支行 | | | |  | | | | | | | |
| 收款单位全称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 上季度累计申请补贴总人数 | | | | |  | 本季度新增申请人数 | | | | | |  | | 累计申请人数 | |  | |
| 上季度累计退住、去世人数 | | | | |  | 本季度累计退住、  去世人数 | | | | | |  | | 累计退住、去世  人数 | |  | |
| 上季度累计申请补贴总额 | | | | |  | 本季度新申请补贴额 | | | | | |  | | 累计申请补贴总额 | |  | |
| 申请补贴的老人明细 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 姓名 | | 身份证号 | | | 评估分数 | 失能等级 | | 轮候通道 | | 入住房型 | | 补贴标准 | | 入住时间段 | 实际入住天数 | 应补贴金额 |
| 1 |  | |  | | |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| 2 |  | |  | | |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| 3 |  | |  | | |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| 4 |  | |  | | |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| 5 |  | |  | | |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| 6 |  | |  | | |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| 7 |  | |  | | |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| 8 |  | |  | | |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| 9 |  | |  | | |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| 10 |  | |  | | |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| 入住机构意见 | | | （签 章）    年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 区民政局下属事业单位意见 | | | （签 章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 区民政局意见 | | | （签 章）    年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 备注：  1.每季度申请补贴时，需提交《\_\_\_\_\_年第\_\_\_季度福田区政策性养老床位补贴申请汇总表》（需机构签字盖章）。  2.申请入住老人的首次补贴时，机构需提交《福田区入住政策性养老床位老人信息表》。  3.本表一式三份，机构自留一份、福捐中心备存一份、报账提交一份。  4.申请补贴老人明细如信息栏不够，可自行添加行，打印成双面。  5.入住不满一个月的申请老人，按实际入住天数计算。  6.申请期限：由中心同意接收之日开始计算至一个季度的第三个月的最后一天为申请期限。  7.实际入住天数：指该名老人从中心同意接收之日起至该季度最后一天入住的天数。（例如：如一个季度三个月住满，即填写“三个月”，如是从该季度的中间入住的即填写“几个月零几天”。）  8.补贴金额：各机构向上级部门（区民政局和发改局）备案的收费标准（全护理及以上护理等级）来计算得出。  9.各机构补贴金额各不相同，计算方式为：（市场化全护理级别收费标准-伙食费-2360）X0.8=每月应补贴金额÷30天×实际入住天数得出。  10.入住房型的填写与老人所住房型相对应（例：双人间、三人间、四人间、六人间、八人间或多人间）。  11.补贴标准：以实际入住房型进行补贴计算，计算出来的补贴金额即为该名入住老人所属房型的补贴标准。  12.应补贴金额：满三个月按30天计算金额，不满三个月按实际入住天数计算金额。（例如：满三个月计算方式为：补贴标准×3；不满三个月计算方式为：（补贴标准÷30）×实际入住天数。） | | | | | | | | | | | | | | | | | |

经办人： 联系电话： 日期： 年 月 日

附件14

福田区普惠性社会养老床位补贴申请表

申请时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 性别 | | |  | 出生年月 | |  | |
| 身份证号码 | |  | | | | | | | 联系电话 | |  | |
| 银行账号 | |  | | | | | | | 开户银行 | |  | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | 户籍所在地 | |  | |
| 子女姓名及  身份证号码 | |  | | | | | | | 子女户籍所在地 | |  | |
| 家庭  主要  成员 | | 姓名 | | 关系 | | 工作单位 | | | | | 联系电话 | 备注 |
|  | |  | |  | | | | |  |  |
|  | |  | |  | | | | |  |  |
|  | |  | |  | | | | |  |  |
| 失能等级 | | □轻度失能  □中度失能  □重度失能 | | | | | | | | | | |
| 入住照料  机构信息 | | 机构  名称 |  | | | | | | | | | |
| 机构  信息 | 地　址 | | | |  | | | | | |
| 负责人 | | | |  | | | 联系电话 |  | |
| 联系人 | | | |  | | | 联系电话 |  | |
| 入住机构负责人签字：  （签 章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 申请人签字 | | 本人自愿申请福田区普惠性社会养老床位，且承诺保证以上所填写资料真实，如有虚假，愿承担相应责任。    　年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 社区意见 | | （签 章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 主  管  单  位  意  见 | 初审  意见 | （签 章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 审批  意见 | （签 章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |

注：此表使用A4纸双面打印，请保持在一页纸内。

附件15

福田区养老机构从业人员入职补贴申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 照片  （一寸） |
| 出生年月 |  | 民族 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 现居住地址 |  | | |
| 现工作单位 |  | 办公电话 |  | |
| 单位地址 |  | | | |
| 现单位入职时间 |  | 入职我市养老机构时间 |  | |
| 现从事岗位名称 |  | 现从事岗位起始时间 |  | |
| 最高学历 |  | 获得学历时间 |  | |
| 学校名称 |  | 专业名称 |  | |
| 毕业证书编号 |  | 毕业时间 |  | |
| 职业证书  （按等级由高到低） | 获取时间 | 证书名称/编号 | 发证单位 | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
| 工作经历  （按时间顺序从最近的经历开始填写） | 起止时间 | 机构名称 | 从事岗位 | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
| 金融社保卡  开户行 |  | 金融社保卡卡号 |  | |
| **声 明** | | | | |
| 本人承诺所提交信息及材料真实有效，符合政策要求，如有不实，由此产生的一切责任及后果由本人承担。  申请人：  年 月 日 | | | | |
| 本机构承诺所提交的机构从业人员信息及补贴申报材料真实有效，符合政策要求，如有弄虚作假，机构负责追回补贴资金，并承担由此产生的一切责任及后果。  所在单位负责人：  （公章）  年 月 日 | | | | |
| **主管单位审核意见** | | | | |
| 初审意见 | （单位盖章）  负责人签名：  年 月 日 | | | |
| 审批意见 | （单位盖章）  负责人签名：  年 月 日 | | | |
| 备注 |  | | | |

附件16

福田区养老机构从业人员岗位补贴申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 照片  （一寸） |
| 出生年月 |  | 民族 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 现居住地址 |  | | | |
| 现工作单位 |  | 办公电话 |  | |
| 单位地址 |  | | | |
| 现单位入职时间 |  | 入职我市养老机构时间 |  | |
| 现从事岗位名称 |  | 现从事岗位起始时间 |  | |
| 职业证书 | 证书名称 |  | 职业技能/专业技术等级 |  |
| 发证单位 |  | 获取时间 |  |
| 证书编号 |  | | |
| 其它证书 |  | | |
| 工作经历  （按时间顺序从最近的经历开始填写） | 起止时间 | 机构名称 | | 从事岗位 |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| 金融社保卡  开户行 |  | 金融社保卡卡号 |  | |
| **声 明**  本人承诺所提交信息及材料真实有效，符合政策要求，如有不实，由此产生的一切责任及后果由本人承担。  申请人：  年 月 日 | | | | |
| 本机构承诺所提交的机构从业人员信息及补贴申报材料真实有效，符合政策要求，如有弄虚作假，机构负责追回补贴资金，并承担由此产生的一切责任及后果。  所在单位负责人：  （公章）  年 月 日 | | | | |
| **主管单位审核意见** | | | | |
| 初审意见 | （单位盖章）  负责人签名：  年 月 日 | | | |
| 审批意见 | （单位盖章）  负责人签名：  年 月 日 | | | |
| 备注 |  | | | |