

附件:

长春市养老机构等级评定 申报表

所在城区：_____

申报单位：_____（盖章）

负责人姓名：_____

联系电话：_____

联系地址：_____

邮政编码：_____

填表时间： 年 月 日

主 要 情 况	
申报 资格	年 月被评为 级养老机构；
	年 月被评为 先进单位；
	编制床位数： 张；实际床位数： 张； 年 月以来有无责任事故： 。
基本 情况	房间数量： 间； 单间： ； 双人间： ； 三人间： ； 四人间： ； 五人间： ； 六人间： ；
	成立时间： 年 月 日 投资金额： 万元
规 模	占地面积： 平方米；总建筑面积： 平方米。
	单人间使用面积： 平方米； 双人间使用面积： 平方米； 三人以上合居型单床使用面积： 平方米；
	总投资： 万
	实际开放床位： 张； 现有服务对象： 人， 上年度床位利用率： %。
入住 状况	服务对象及家属满意率： %。
	2014年入住率： ； 2015年入住率： ； 2016年入住率： 。
	工作人员总数： 人； 直接从事服务的一线护理人员数： 人。
服务 比例	生活自理老人： 人； 半失能老人： 人； 失能老人： 人；
	管理 人数： 人；平均年龄： 岁。

团队	有卫生技术职称____人；有社工师资格证____人， 其中：高级职称____人，中级职称____人，初级职称____人；
	学历：大专以上____人，高、中专____人，初中以下____人。
	职工对管理团队工作满意率为：____%。
专业 人员	总数：____人，占职工总数的比例为：____%。
	有卫生技术职称的：____人，其中：高级职称____人，中级 职称____人，初级职称____人。
	有专职康复医师或康复治疗师（士）：____人；有兼职康复 医师或康复治疗师（士）：____人。
	助理社工师：____人，社工师：____人。
医养 结合 情况	医养结合机构情况:内设_____与_____（医院） 建立协助关系。
	康复项目：____个, 康复物理、运动、作业器械：____种____件。
经营 情况	持续性投入： 2014年：____万元。项目：_____
	2015年：____万元。项目：_____
	2016年：____万元。项目：_____
科研 培训	上年度员工培训：____次____人次； 上年度参加国家、省、市培训：____次____人次； 上年度参加国内外考察：____次____人次； 上年度接待国际友人考察：____次____人数。
	有____项科研项目，名称： 制定____项行业标准，名称：
	发表文章总篇数：____篇，其中：国家级刊物：____篇， 省级刊物：____篇。

<p>申请 报告</p>	<p><u>申请报告的题目和摘要写在此处</u> <u>摘要内要体现自评分数和申报级别</u> <u>正文用A4 纸另外打印</u> <u>正文字数不少于2000 字，详细描述养老服务情况，要求有服务案例，有记录可查。（填写表格时此段文字可删除）</u></p>
<p>本单 位自 检自 查意 见</p>	<p style="text-align: right;">（盖 章） 年 月 日</p>
<p>区民 政局 意见</p>	<p style="text-align: right;">（盖 章） 年 月 日</p>