

附件 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	<input type="checkbox"/> 自有产权 <input type="checkbox"/> 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，愿承担机关法律责任。 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							
评估机构意见	（单位盖章） 负责人签名：_____ - 年 ____月 ____日						
区民政局 审批意见	（单位盖章） 负责人签名：_____ - 年 ____月 ____日						
市民政局 报备意见	（单位盖章） 负责人签名：_____ - 年 ____月 ____日						
备 注							

附件 2:

入住养老机构老年人名册表

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

附件 3

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		等级评定部门	
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			
区民政局 审批意见	负责人签名：_____ (单位盖章) _____年 ____月 ____日		
市民政局 报备意见	负责人签名：_____ (单位盖章) _____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 4

深圳市民办养老机构护理资助申请表

填报单位（盖章）：

填报时间：

基 本 情 况								
机构名称/登记类型						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 (请附合作协议)			
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	特级、一级	二级	三级	资助金额	特级、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，愿承担机关法律责任。

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

评估机构意见	(单位盖章) 负责人签名：_____年 ____月 ____日
区民政局 审核意见	(单位盖章) 负责人签名：_____年 ____月 ____日
市民政局 报备意见	(单位盖章) 负责人签名：_____年 ____月 ____日
备 注	

注：表格栏中的特级指重度失能服务对象；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。

附件 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	持证情况	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

附件 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	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	机构法人代表	
统一社会信用代码		银行账号	
区民政局 审批意见	负责人签名：_____ <p style="text-align: right;">（单位盖章）</p> _____年 ____月 ____日		
市民政局 报备意见	负责人签名：_____ <p style="text-align: right;">（单位盖章）</p> _____年 ____月 ____日		

附件 7

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	
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	
区民政局 审批意见	负责人签名：_____ （单位盖章） _____年 ____月 ____日		
市民政局 报备意见	负责人签名：_____ （单位盖章） _____年 ____月 ____日		

注：登记属性填写工商、民办非企业。

