

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	<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。

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	<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	
区民政部门 审批意见	负责人签名: _____ <div style="text-align: right;">(单位盖章)</div> _____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			

