

附件 1

养老机构入住老年人花名册

序号	姓名	出生日期	性别	家庭住址	身份证号	人员类型	入住日期 (年-月-日)	离院日期 (年-月-日)	备注

注：人员类型为普通、低保、低保边缘。

养老机构月核查确认表

(参考样表)

核查月份		年 月		
机构名称				
详细地址				
评定等级			补助月标准 (元/床)	
核定床位数 (张)			电 话	
核查实际入住老人数 (人)			合计补助金额 (元)	
入住老人类别	1.住满月老人数 (人)		合计补助金额 (元)	
	2.未住 满月老 人数 (人)	入住不满 15 天老人数 (人)	不予补助	——
		入住满 15 天 (含 15 天) 不满一个月 老人数 (人)	合计补助金额 (元)	
核查人员: <div style="text-align: center;">区 (县) 民政局盖章:</div> 复核人员: 机构负责人签字确认:				

附件 3

民办养老机构发展补助资金申请表

填报部门: 民政部门(盖章) 财政部门 (盖章) 填报时间: 单位:万元

序号	机构名称	机构性质	已评定等级	补助标准 (元/月/床)	入住老年人占用床位数	补助金额合计	省级负担		市(地) 本级负担		县(市、区) 负担	
							金额	承担比例 (%)	金额	承担比例 (%)	金额	承担比例 (%)

- 注: 1.机构性质为“民非”或“市场”或“公建民营”;
 2.养老机构等级评定为 1-5 级, 首次评定最高等级为 4 级;
 3.补助标准: 民办非营利养老机构 (含公建民营) 按老年人占用床位数; 营利性养老机构按收住低保、低保边缘家庭经济困难的老年人占用床位数, 1-5 级每床每月补助标准分别为 100 元、200 元、300 元、400 元、500 元;
 4.入住老年人占用床位数为补助年度 1-12 月份养老机构累计老年人实际占用床位数。

附件 4

专项资金绩效目标表

(20__年度)

资金名称		民办养老机构发展补助资金				
省级主管部门						
市县财政部门		市县主管部门				
项目资金 (万元)		资金总额	合计	中央资金	省级资金	地方资金
		1.一般公共预算				
		2.政府性基金预算				
		3.国有资本经营预算				
		4.债券资金				
		5.其他资金				
年度总体目标						
绩效指标	一级指标	二级指标	三级指标		计量单位	目标值
	产出指标	数量指标				
		质量指标	★预算编制到项目率		%	
		时效指标	★一季度预算资金累计支出率		%	
			★二季度预算资金累计支出率		%	
			★三季度预算资金累计支出率		%	
	★全年预算资金支出率		%			
	成本指标					
	效益指标	经济效益指标				
		社会效益指标				
		可持续影响指标				
满意度指标	服务对象满意度指标					

注：标★指标为必填指标。

附件 5

关于申请民办养老机构发展 补助资金的承诺书

(参考模板)

××县(市、区)民政局:

××机构位于×××街道(乡镇)×××, 建筑面积××平方米, 设有床位×张, 于××月××日正式对外运营。根据《黑龙江省民办养老机构发展补助资金管理暂行办法》有关规定, 现拟申请补助, 请予批准。

在运营服务管理过程中, 我们承诺将依法依规开展工作: (1) 依法取得相关服务资质, 合法运营管理。(2) 严格执行每年 3 月 31 日前向属地民政部门提交上一年度工作报告、财务状况审计报告的规定。(3) 严格执行突发事件报告制度, 积极采取必要措施防范重大安全责任事故、欺老虐老行为发生。(4) 如实采集服务信息, 包括服务时间、服务对象、服务项目、服务收费等, 确保采集信息数据资料的真实性、准确性。(5) 如有虚假申报套取补助资金行为, 自愿承担由此产生的一切法律责任。

××机构法人代表(签字盖章):

年 月 日