

### **一、事项名称：**

养老服务机构建设及运营补助。

### **二、事项内容：**

1. 自有产权（房屋产权在机构名下）用房开办非营利性养老机构，给予每张床位 6000 元的一次性建设补助；通过租赁房产（原房产未作为养老机构使用且租赁期限不少于 5 年）开办，给予每张床位 4000 元的一次性建设补助。2. 对符合条件的养老机构接收自理老人的，给予每人 200 元/月补助；接收中度失能（含失智）老人的，给予每人 300 元/月补助；接收重度失能（含失智）老人的，给予每人 400 元/月补助（入住满 20 天计一个月，不满 20 天的不予补助）。3. 对按照规划和标准新建的城乡社区居家养老服务机构每个补助 10 万元（同一地点举办的只能享受一次）；建成后为老人提供服务一年以上（含一年）的，按三类分别给予每年 5 万元、4 万元、3 万元的运营补助。

### **三、设定依据：**

南昌市民政局 南昌市财政局关于印发《南昌市养老服务事业发展专项资金管理办法》的通知（洪民字〔2020〕89 号）

### **四、政策有效期：**

2020/8/12—长期有效

## **五、服务对象：**

企业单位、社会组织和个人举办或运营，为老年人提供养护、康复、托管等服务的各类养老服务机构。

## **六、申请条件：**

1. 取得养老机构设置的相关证件；
2. 民办非企业单位登记证书或工商营业执照；
3. 满足无障碍设施建设的基本要求；
4. 服务对象满意率达 80%以上；
5. 一年内未发生消防安全、食品中毒及其他重大安全责任事故；

## **七、办理流程：**

申请养老机构床位建设补助、运营补助，社区居家养老服务机构建设及运营补助的机构，在每年 6 月底前完成自查、申报工作；县区（开发区、管理局）民政部门每年 7 月底前，会同本级财政部门，进行实地检查验收；市民政局每年 9 月底前，会同市财政局对申报的机构材料进行评审，并组织实地抽查；经评审和实地抽查符合资助条件的给予补助。（流程图附后）

## **八、申请材料：**

1. 养老机构备案证明；
2. 民办非企业单位登记证书或工商营业执照；
3. 建筑工程消防验收合格意见书；
4. 食品经营许可证；

5. 5 年以上房屋租赁合同（自检产权举办的不需要提供）

6. 五年不改变房屋使用用途承诺；

7. 《南昌市养老机构床位建设补助申请表》《南昌市养老机构运营补贴申请表》《南昌市养老机构自查报告》《南昌市养老机构运营补贴核算人员统计表》《南昌市社区居家养老服务机构补助申请表》《南昌市社区居家养老服务机构验收表》。

#### **九、 申请时间：**

每年 6 各县区（开发区、管理局）民政部门发布兑现通知启动申请工作。

#### **十、 办理部门：**

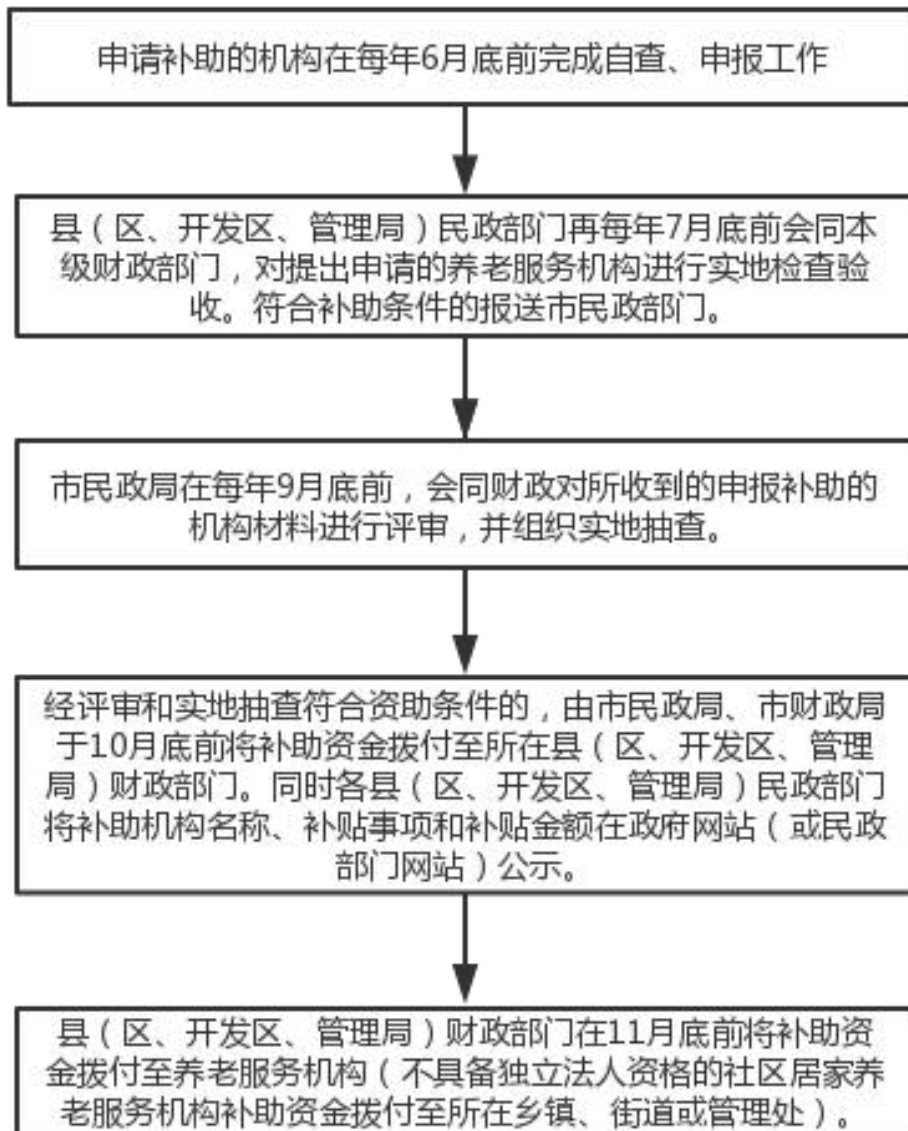
县区（开发区、管理局）民政部门

#### **十四、 咨询电话：**

市级：0791-83986721

各县区（开发区、管理局）民政部门受理人电话





# 南昌市养老机构新增床位建设补助申请表

养老机构基本情况							
机构名称							
地 址				邮政编码			
法定代表人		电话		身份证号码			
机构代表人		电话		身份证号码			
资金来源		邮箱		辖区核定床 位数			
占地面积				使用面积			
开业时间				入住率			
营业执照（民 非）证号				机构设置证号（备 案）			
注册资金				投资总额			
开户银行				银行账号			
食品经营许可 证号				财务人员证号			
员 工 概 况							
管理人员		持证人数		医技人数		护士人数	
护理员数		持证人数		工勤人数		员工总数	
申请内容（床位核算）							
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	
产权性质 (新建/租赁)					
普通型床 位数		补贴标 准 (元/ 张)		护理险床 位数	补贴标准 (元/张)
补贴金额			大写:		
<b>声 明</b>					
<p>本机构保证以上及所附数据资料真实有效，并承诺遵守《南昌市养老服务事业发展专项资金管理办法》。如有不实或违反有关规定，愿承担相关法律责任。</p> <p style="text-align: center;">法定代表人（主要负责人）签名：<span style="float: right;">(单位盖章)</span></p> <p style="text-align: right;">年    月    日</p>					
<b>审 批 意 见</b>					
县、区级民政 部门意见			县、区级财政 部门意见		
	(单位盖章) 年    月    日			(单位盖章) 年    月    日	
市评审委员 会审批意见	(单位盖章)				
	年    月    日				

## 南昌市养老机构运营补贴申请表

基本情况							
机构名称				法定代表人			
地址				电话			
核定床位数				机构设置证号 (备案)			
营业执照 (民非) 证号				食品经营许可证号			
开户银行				银行账号			
员工概况							
员工总数				持证人数			
管理人数				持证人数			
护理人员数				持证人数			
收住老人情况							
自费老人			特困老人			低保老人	
申请内容							
月份	自理老人		半失能老人 (介助)		失能老人 (介护)		补贴金额
1月	人	金额	人	金额	人	金额	
2月							
3月							



4月							
5月							
6月							
7月							
8月							
9月							
10月							
11月							
12月							
申请运营补助金额总数		大写					
<p>本机构承诺以上及所附数据资料真实有效，并承诺遵守《南昌市养老服务事业发展专项资金管理办法》，如有不实，愿承担相关法律法规处罚，并退还所有养老有关补助资金。</p>							
机构法定代表人签字：				机构盖章：			
				年 月 日			
审核意见							
县区民政部门意见	单位盖章						
	承办人签字：			年 月 日			

# 南昌市养老机构运营自查报告

基 本 情 况							
机构名称					法定代表人		
地 址					邮政编码		
电 话				联 系 人			
营业执照（民非）证号							
核定床位数				入住老人数			
自 查 情 况							
自查时间	自查方式	参与人数		参与比例			
自 查 内 容	1. 是否存在虚假广告宣传	是		否		备注	
	2. 是否按照协议提供服务	是		否		备注	
	3. 是否侵害老人合法权益	是		否		备注	
	4. 老人对机构的综合评价	满意		基本满意		不 满 意	
	5. 老人所缴费是否进入机构专账专户管理	是		否		备 注	
	6. 预收老人费用是否超过一年入住费用	是		否		备 注	
	7. 是否以养老服务名义面对社会其他人员开展非法集资	是		否		备 注	
	8. 是否以会员卡形式提前收取未入住养老机构老人养老费用	是		否		备 注	
	9. 是否配合辖区民政部门做好养老服务相关工作						
	10. 是否存在消防安全隐患						
	11. 是否存在食品安全隐患						
	12. 是否存在老人投诉事件						
	13. 其他事项（具体请备注）						
存	1、						

在 问 题	2、						
	3、						
	4、						
自查结论	非常满意		基本满意		不满意		满意率
<b>调查员签名</b>							
姓名		职务		姓名		职务	
<b>被调查人签名</b>							
<p>本机构承诺以上数据资料属实，如有不实，愿承担相关法律责任。</p> <p style="text-align: center;">           经办人签名：           <span style="float: right;">             法定代表人签名：              (单位盖章)：              年 月 日           </span> </p>							

# 南昌市社区居家养老服务机构建设（运营） 补助申请表

社区居家养老服务机构基本情况							
机构名称							
地 址							
负责人		联系电话		床位数			
场地面积		室内面积		室外面积			
投资总额		开业时间		服务老人数			
机构服务人员总数		是否为老人提供上门服务					
建设方式	<input type="checkbox"/> 1. 对现有集体房产及公共服务资源进行改扩建 <input type="checkbox"/> 2. 租赁房屋 <input type="checkbox"/> 3. 政府或爱心人士无偿提供 <input type="checkbox"/> 4. 新建楼盘配套 <input type="checkbox"/> 5. 其他方式请说明：_____						
	运营模式	<input type="checkbox"/> 1. 村委会运营 <input type="checkbox"/> 2. 居委会运营 <input type="checkbox"/> 3. 引入社会力量运营 <input type="checkbox"/> 4. 其他运营模式请说明：_____					
场所配置		<input type="checkbox"/> 日间照料室 <input type="checkbox"/> 多功能活动室 <input type="checkbox"/> 阅览室或书画室 <input type="checkbox"/> 医疗卫生室 <input type="checkbox"/> 厨房 <input type="checkbox"/> 餐厅 <input type="checkbox"/> 康复训练室（中医康复室） <input type="checkbox"/> 卫生间 <input type="checkbox"/> 室外活动场所					
	<b>服 务 类 型</b>						
生活娱乐		日间照料		文化生活		配餐送餐	
医疗陪护		其他服务		日均服务时间			
<b>补 助 情 况</b>							
补助类型	<input type="checkbox"/> 1. 建设补助		资助金额	大写：			

		□2. 运营补助			
<b>声 明</b>					
<p>本机构保证以上及所附数据资料真实有效，并承诺遵守《南昌市养老服务事业发展专项资金管理办法》。如有不实或违反有关规定，愿承担相关法律责任</p> <p>经办人签名：          主要负责人签名：_____ (单位盖章)          _____年__月__日</p>					
<b>审 批 意 见</b>					
所在乡镇(街道、 管理处) 意见		(单位盖章) _____年 月 日			
县、区民政部门 审核意见		(单位盖章) 年 月 日		县、区财政部门 审核意见	
		(单位盖章) 年 月 日		(单位盖章) 年 月 日	

填表说明：具备独立法人资格的不需所在乡镇（街道、管理处）意见。

# 南昌市社区居家养老服务机构验收表

项目单位: 街道 (乡镇) 社区 (村) 居家养老服务中心 (颐养之家)

验收人员签字:

验收日期:

序号	验收项目	验收内容	验收结果
1	固定场所	室内、室外面积	室内建筑面积___m <sup>2</sup> ; 室外场地面积___m <sup>2</sup> 。
		统一标牌、标识	使用居家和社区养老服务统一标识。
2	设施设备	厨房(或与其他助餐机构签订送餐协议)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
		餐厅 (配餐间)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
		日间照料室 (休息室)、床位	_____间、 _____张
		多功能活动室	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
		阅览室 (书画室)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
		医疗卫生室	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
		康复训练室 (中医康复室)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
		网络室 (手工室)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
		卫生间	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
		室内活动健身器材	配备有: _____
		室外活动健身	配备有: _____
		安全、消防设施	配备有: _____
3	运营情况	就餐情况	每天服务___餐, 每天就餐约___人次
		来访人数	每天中心来访约___人次
4	人员队伍	管理服务人员	专职_____人, 兼职_____人
		志愿服务队伍花名册	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
5	管理制度	机构职责、制度上墙	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
		服务对象花名册	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
		每日来访老人记录	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
		日常活动记录	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
现场工作人员签字:			

# 南昌市社区居家养老服务机构自查报告

基本情况									
机构名称					法定代表人				
地 址					邮政编码				
电 话				联系人					
营业执照（民非）证号									
休息床位数				服务老人数					
自查情况									
自查时间	自查方式			参与人数		参与比例			
自查内容	1. 是否存在虚假广告宣传			是		否		备注	
	2. 是否按照协议提供服务			是		否		备注	
	3. 是否侵害老人合法权益			是		否		备注	
	4. 老人对机构的综合评价			满意		基本满意		不 满意	
	5. 老人所缴费是否进入机构专账专户管理			是		否		备 注	
	6. 预收老人费用是否超过一年入住费用			是		否		备 注	
	7. 是否以养老服务名义面对社会其他人员开展非法集资			是		否		备 注	
	8. 是否以会员卡形式提前收取未入住养老机构老人养老费用			是		否		备 注	
	9. 是否配合辖区民政部门做好养老服务相关工作								
	10. 是否存在消防安全隐患								
	11. 是否存在食品安全隐患								
	12. 是否存在老人投诉事件								
	13. 其他事项（具体请备注）								
存在	1、								
	2、								

问题	3、						
	4、						
自查结论	非常满意		基本满意		不满意		满意率
<b>调查员签名</b>							
姓名		职务		姓名		职务	
<b>被调查人签名</b>							
<p>本机构承诺以上数据资料属实，如有不实，愿承担相关法律责任。</p> <p style="text-align: center;">           经办人签名：           <span style="float: right;">法定代表人签名：</span>  <span style="float: right;">(单位盖章)：</span>  <span style="float: right;">年 月 日</span> </p>							