附件2：

养老机构运营补助申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 养老机构（实际运营方）填写 | 机构名称 |  | 开始运营时间 |  |
| 地址 |  | 是否发生安全责任事故和重大服务纠纷 |  |
| 是否被相关单位列入失信惩戒名单、活动异常或经营异常名录、违法失信名单 |  |
| 是否涉嫌从事养老诈骗、非法集资等行为 |  |
| 统一社会信用代码 |  | 备案回执（设立许可证）编号 |  |
| 法定代表人姓名 |  | 电话 |  |
| 运营方式 | □民办养老机构 □公建民营养老机构 □其他 |
| 养老机构评定等级 | □无 □一级 □二级 □三级 □四级 □五级 |
| 床位总数 |  | 护理型床位数 |  |
| 工作人员总数 |  | 养老护理员数/持证人数 |  | 执业医生人数 |  | 注册护士人数 |  |
| 入住老年人总数 |  | 申请运营补助人数 | 其中：中度失能老年人数及补助标准 |  |
| 重度失能老年人数及补助标准 |  |
| 申请补助资金（万元）： |
| 本人郑重声明以上信息完全真实。如能获得补助资金，本人承诺将用于规定用途。如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。机构（实际运营方）法定代表人签字（加盖单位公章）: 年 月 日 |
| 属地民政部门审核意见 | 入住老年人总数 |  | 经专业第三方评估机构评定老年人数 | 其中：中度失能老年人数 |  |
| 重度失能老年人数 |  |
| 养老机构评定等级 | □无 □一级 □二级 □三级 □四级 □五级 |
| 核定补助金额（万元） |  |
| 经实地核查，该机构符合补助条件。以上信息属实，如有虚假，本人自愿承担法律责任。 核查人签字： 年 月 日 | 民政部门审核意见： 负责人签字： （单位公章） 年 月 日 |

注：1.相关证书和佐证材料必须提供复印件；2.实地核查必须由两名以上工作人员负责，核查内容必须完整、真实、准确；3.此表一式三份，由申报机构、属地民政、财政部门各执一份。