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。