**附件1**

**养老机构运营奖补申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 养老 机构 (实 际运营 方 ) 填写 | 机构名称 |  | 地址 |  |
| 法人登记 证书编号 |  | 机构备案回执编号 |  |
| 开始运营 时间 | 年 月 日 | 机构 负责人 |  | 联系方式 |  |
| 运营方式 | 民办养老机构口委托第三方运营的公办养老机构口政府与第三方合资合作的养老机构□国有企业、公办医疗机构举办或运营的养老机构口 | 星级评定 等级 |  |
| 实际运营 方名称 |  | 实际运营方法人代表 |  | 机构床位数(张) |  |
| 申请运营补助人数(人) |  | 其中：中度失能老年人人数(人) |  | 其中：重 度失能 老年人人 数(人) |  | 其中：完全失能老年人人数 ( 人 ) |  |
| 申请补助资金(万元) |  |
| 本人郑重声明以上信息完全真实。如能获得资助资金，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)法人代表签字(加盖单位公章):申 请 时 间 ： 年 月 日 |
| 县级 民政 部门 审批 意见 | 经审查，该机构为 星级养老机构，\_ 年度该机构入住老年人 \_人，其中中 度失能老年人\_  人，重度失能老年人 \_人，完全失能老年人 \_人，入住老年人 满意率 %,符合资助条件，补助 \_ 万元。县级民政部门核查人签字： 县级民政部门负责人签字：(加盖单位公章)初审时间： 年月 日 |

注：此表一式四份，由市县民政主管业务科室存档。

**附件2**

**城乡社区养老服务设施运营奖补项目申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 日 间 照料 设施 实际 运营 方填 写 | 项目名称 |  | 地址 |  |
| 类别 | 社区日间照料中心口 农村幸福院口 居家和社区养老服务站口 | 评定等级 |  |
| 建设规模(平方米 ) |  | 设置床位数(张) |  | 建设投资总 额(万元) |  |
| 兴办主体 | 政府(街道)建口社会建口政府与社会合资合作建口 |
| 运营方式 | 公建公营口民建民营口委托运营口 |
| 省级是否已给予一次性建设补助 | 是口给予补助时间 年 | 否口 |
| **基本运营情况** |
| 运营单位 |  | 运营单位法人 代表及联系电话 |  |
| 协议运营年限 |  | 开始运营时间 |  |
| 申请省(市)级补助资金额度(万元) |  |
| 本人郑重声明以上信息完全真实。如能获得资助资金，本人承诺将用于规定用途， 绝不挪作他用。如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。法定代表人签字(加盖单位公章): 申请时间： 年 月 日 |
| 县级 民政 部门 审批 意见 | 经审查，该中心符合资助条件，给予城乡社区养老服务设施运营奖补 万 元 。 县级民政部门核查人签字： 县级民政部门负责人签字(加盖单位公章):审批时间： 年 月 日 |

注：此表一式四份，由县区民政主管业务科室存档。