**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。