

附件 1:

自治区民办养老机构服务月统计表

_____年____月份

机构床位数			当月在院人数			满 1 个 月人数	
序 号	服务对象 姓名	身份证号	家庭 联系人	家庭联 系电话	入住时 间	房间 号	备注

填报人： 联系电话： 填报时间： 机构 (盖章)：

注： 1、 本表一式三份， 县、 地民政部门， 自治区民政厅各留存一份。

2、机构每月统计，每季度报送县级民政部门，县民政局每季度报上级民政部门。

附件 2:

自治区民办养老机构资助资金申请书

_____民政局（厅）：

_____年度，本机构恪守社会福利机构管理法规及行业管理制度，诚信经营，服务为本。根据自治区民政厅、财政厅《自治区民办养老机构资助办法》，现申请_____（运营补贴、一次性开办补助）：

一、运营补贴：

_____年度，我机构符合资助条件的服务总量为_____人*月，按补贴标准，申请补贴资金_____万元。

二、一次性开办补助：

我机构于_____年__月__日，经_____批准设立，核定床位数_____张，申领第_____年补助（_____%）资金_____万元。

我单位保证所有申报材料符合规定，真实有效，能完整反映本机构建设、服务状况，确保按照规定时间、地点接受核查，并自愿承担由此造成的一切后果。

附：申请提交材料目录。

申请机构（盖章）：

申请时间：

附件 3:

自治区民办养老机构运营补贴申请表

填报单位（盖章）：

填报时间：_____年__月__日

基 本 情 况			
机构名称		设立时间	
法定代表人		身份证号	
地 址		邮政编码	
固定电话		移动电话	
福利机构证号		登记（民非）字 号	
机构代码证号		卫生许可证号	
开户银行		银行账号	
核定床位数		使用床位数	
员 工 概 况			
员工总数		持证人数	
管理人员		持证人数	
医技人数		持证人数	
护士人数		持证人数	

护理员数		持证人数	
工勤人数		健康证数	
申 请 人 数			
1 月入住数		2 月入住数	
		3 月入住数	
5 月入住数		6 月入住数	
		7 月入住数	
9 月入住数		10 月入住数	
		11 月入住数	
12 月入住数			
合 计 人 数		合计金额	大写:
本机构承诺以上所附资料及数据真实有效，如有不实，愿承担相关法规之处罚。 承诺人：_____ (单位盖章) 年 月 日			
审 核 意 见			
县级民政部门审批意见	地州民政局审批意见	自治区民政厅审批意见	

承办人：_____	承办人：_____	承办人：_____
(单位盖章)	(单位盖章)	(单位盖章)
年 月 日	年 月 日	年 月 日

附件 4：

自治区民办养老机构一次性开办补助申请表

填报单位（盖章）：_____填报时间：_____年__月__日

申办人（单位）基本情况			
姓名（名称）			法定代表人
住址（地址）			邮政编码
固定电话		移动电话	
营业执照		注册资本	
申办人身份证号码		申办人职称	
机构基本情况			
机构名称			法定代表人

地 址					邮政编码		
固定电话				移动电话			
投资总额				投资类型			
占地面积				使用面积			
设计床位数				核定床位数			
福利机构字号				登记（民非） 字号			
机构代码证号				卫生许可证号			
收费许可证号				银行账号			
员 工 概 况							
管理人员		持证人数		医护人员		持证人数	
护理员数		持证人数		工勤人数		员工总数	
申请内容（床位核算）							
房间总数				床位总数			
单人间数				双人间数			
三人间数				多人间数			
平均床位建筑面积				平均床位使用面 积			
补贴标准				补贴年次			
补贴比例				补贴金额			

本机构承诺以上所附资料及数据真实有效，如有不实，愿承担相关法规之处罚。 承诺人：_____ (单位盖章) 年 月 日		
审 核 意 见		
县级民政部门审批意见	地州民政局审批意见	自治区民政厅审批意见
承办人：_____ (单位盖章) 年 月 日	承办人：_____ (单位盖章) 年 月 日	承办人：_____ (单位盖章) 年 月 日

附件 5:

自治区民办养老机构资助资金使用承诺书

_____:

_____ (机构名称) 系民办养老机构, 按照《自治区人民政府关于加快推进社会养老服务体系建设的意见》规定, 可获得_____万元的资金资助。为确保资助资金得到有效、合理地使用, 我们作如下承诺:

一、严格执行民政部门的规章制度;

二、_____万元 (大写) 的资助资金, 指定用于房屋的新建、改扩建及维修; 设施设备的购置; 其他有益于改善入住老人生活质量的项目。

三、资助资金的使用管理, 单独建账, 做到专款专用, 绝不截留、挤占和挪用;

四、接受民政部门的审计和检查；

五、民办养老机构投入运行后，五年内不得改变养老福利服务性质，确需改变设施服务性质，作非养老福利服务用途的，按资助年度退回资助资金；擅自改变福利设施服务性质的，应当在改变性质的 30 日内，退回全部资助资金。

因不可抗拒的客观因素改变养老福利设施服务性质的，项目单位提出书面申请，经审批设立民政部门批准，另行处理。

如违反上述承诺，愿承担相应的法律责任。本承诺书自签字之日起生效。

本承诺书为不可撤销之承诺，并一式四份；自治区民政厅、地州民政局、县（市、区）民政局和养老机构各执一份，具有同等效力。

申办人或单位：（签名或盖章） **法定代表人：**（签名）

年 月 日

附件 6:

自治区民办养老机构年度资助资金汇总表

机构名称	床位数	使用床位数	入住率(%)	运营补贴		一次性开办补助				总计	备注
				累计月人次数	金额(元)	床位数	补助年次	补助比例	金额(元)		

填报单位（盖章）：

填报时间： 年 月 日