附件：  
　　1.广州市民办社会福利机构运营资助申请表  
　　2.广州市民办社会福利机构自查报告  
　　3.广州市民办社会福利机构新增床位资助申请  
　　4.广州市民办社会福利机构新增床位审核表  
　　5.广州市民办社会福利机构实地勘察报告  
  
　　附件1：广州市民办社会福利机构运营资助申请表  
  
　　（所属时间：　　　年　 半年）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | |  | | | | | | |
| 电子邮件 | | |  | | | | | 核定床位数 | | | |  | | | | | | |
| 福利机构字号 | | |  | | | | | 登记字号 | | | |  | | | | | | |
| 机构代码证号 | | |  | | | | | 卫生许可证号 | | | |  | | | | | | |
| 银行账号 | | |  | | | | | 财务人员证号 | | | |  | | | | | | |
| 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 | | |  | |
| 备注1 |  | | | 备注2 |  | | 备注3 | | |  | | | | 备注4 | | |  | |
| 申　请　内　容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所属月份 | 资助人数 | | | Ⅰ类 | Ⅱ类 | Ⅲ类 | | | 资助金额 | | Ⅰ类 | | Ⅱ类 | | Ⅲ类 | | | 备注 |
|  |  | | |  |  |  | | |  | |  | |  | |  | | |  |
|  |  | | |  |  |  | | |  | |  | |  | |  | | |  |
|  |  | | |  |  |  | | |  | |  | |  | |  | | |  |
|  |  | | |  |  |  | | |  | |  | |  | |  | | |  |
|  |  | | |  |  |  | | |  | |  | |  | |  | | |  |
|  |  | | |  |  |  | | |  | |  | |  | |  | | |  |
| 合计 |  | | |  |  |  | | |  | |  | |  | |  | | |  |
| 声　明    本机构保证以上及所附数据资料真实有效，并承诺遵守《广州市民办福利机构资助试行办法》。如有不实或违反有关规定，愿承担相关法律责任。    经办人签名：  法定代表人（主要负责人）签名：    　　　　　　 （单位盖章）  　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　年　 月　 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 审　批　意　见 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 区、县级市民政部门审核意见 | | （单位盖章）  承办人签名：　　　　　　　　　　 　　　 年　 月　 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 市评审委员会意见 | | （单位盖章）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　 月　 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 备　注 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

　　注：表格“申请内容”栏中的Ⅰ类是指：特级、一级护理对象；Ⅱ类是指二级护理对象；Ⅲ类是指三级或其他一般护理对象。  
  
　　附件2：广州市民办社会福利机构自查报告

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基　本　情　况 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 机构名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 法定代表人 | | | | |  | | | |
| 地　　址 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 邮政编码 | | | | |  | | | |
| 电　　话 | | |  | | | | | | | | 联 系 人 | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 福利机构字号 | | |  | | | | | | | | 登记字号 | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 核定床位数 | | |  | | | | | | | | 入住老人数 | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 自　查　情　况 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自查时间 | |  | | | | 自查方式 | | |  | | | 参与人数 | | | |  | | | | 参与比例 | | | | | |  |
| 自  查  内  容 | | 1、是否存在虚假广告宣传 | | | | | | | | | | 是 | |  | | 否 | | | |  | | 备注 | | | |  |
| 2、是否按照协议提供服务 | | | | | | | | | | 是 | |  | | 否 | | | |  | | 备注 | | | |  |
| 3、是否侵害老人合法权益 | | | | | | | | | | 是 | |  | | 否 | | | |  | | 备注 | | | |  |
| 4、老人对机构的综合评价 | | | | | | | | | | 满意 | |  | | 基本满意 | | | |  | | 不满意 | | | |  |
| 5、其他事项 | | | | | | | | | |  | |  | |  | | | |  | |  | | | |  |
| 存  在  问  题 | | 1、 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2、 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3、 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4、 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自查结论 | | 非常满意 | |  | | | 基本满意 | | |  | | | 不满意 | | | |  | | | | 满意率 | | | |  | |
| 调查员签名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | | | 职务 | | |  | | | | 姓名 | | |  | | | | 职务 | | | | |  | | |
| 被调查人签名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |
|  |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |
|  |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |
|  |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |
| 本机构承诺以上数据资料属实，如有不实，愿承担相关法律责任。  　　　　 经办人签名：  法定代表人签名：　　　 （单位盖章）：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　 月　 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　　附件3：广州市民办社会福利机构新增床位资助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 福利机构基本情况 | | | | | | | | | | | | | |
| 机构名称 | | |  | | | | | | | 法定代表人 | |  | |
| 地　　址 | | |  | | | | | | | 邮政编码 | |  | |
| 固定电话 | | |  | | 移动电话 | | |  | | 核定床位数 | |  | |
| 占地面积 | | |  | | 使用面积 | | |  | | 投资总额 | |  | |
| 投资类型 | | |  | | 电子邮件 | | |  | | | | | |
| 福利机构字号 | | |  | | | | | 登记字号 | | | |  | |
| 机构代码证号 | | |  | | | | | 卫生许可证号 | | | |  | |
| 银行账号 | | |  | | | | | 财务人员证号 | | | |  | |
| 员　工　概　况 | | | | | | | | | | | | | |
| 管理人员 |  | | | 持证人数 | |  | 医技人数 | |  | | 护士人数 | |  |
| 护理员数 |  | | | 持证人数 | |  | 工勤人数 | |  | | 员工总数 | |  |
| 申请内容（床位核算） | | | | | | | | | | | | | |
| 单人间数 |  | | | 双人间数 | |  | 三人间数 | |  | | 多人间数 | |  |
| 房间总数 |  | | | 床位总数 | |  | 平均床位建筑面积 | |  | | 平均床位使用面积 | |  |
| 资助类型 |  | | | 资助标准 | |  | 资助金额 | | 大写： | | | | |
| 声　明  本机构保证以上及所附数据资料真实有效，并承诺遵守《广州市民办福利机构资助试行办法》。如有不实或违反有关规定，愿承担相关法律责任  经办人签名：  法定代表人（主要负责人）签名：　　　　　　 （单位盖章）  　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　年　 月　 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 审　批　意　见 | | | | | | | | | | | | | |
| 区、县级市民政部门  审核意见 | | （单位盖章）  承办人签名：　　　　　　　　　　 　　　 年　 月　 日 | | | | | | | | | | | |
| 市评审委员会审批意见 | | （单位盖章）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　 月　 日 | | | | | | | | | | | |

　　附件4：广州市民办社会福利机构新增床位审核表  
  
　　填报单位（盖章）：　　　　　　　 填报时间：　　　年　月　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 房间号 | 房间面积 | 床位数 | 床位平均面积 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |
| 区、县级市民政部门勘查意见 | | | | | |
| 经实地查看，以上数据真实有效。  经办人签名：    （单位盖章）  　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　 月　 日 | | | | | |

　　说明：1、单人间面积大于10m2，双人间大于14 m2，三人间大于18 m2， 合居型居室平均床位面积大于5 m2为有效资助床位；  
　　2、表格不够请自行延续；  
　　3、本表面积均为使用面积，单位为平方米。  
  
　　附件5：广州市民办社会福利机构实地勘察报告

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被勘察机构概况 | | | | | | |
| 机构名称 |  | | 地址 | |  | |
| 联系人 |  | | 电话 | |  | |
| 勘察项目与数据 | | | | | | |
| 数据  项目 | | 地　 址 | | 面 积  （平方米） | | 主要设施 |
| 活动室一 | |  | |  | |  |
| 活动室二 | |  | |  | |  |
| 活动室三 | |  | |  | |  |
| 康复室一 | |  | |  | |  |
| 康复室二 | |  | |  | |  |
| 康复室三 | |  | |  | |  |
| 健身场所一 | |  | |  | |  |
| 健身场所二 | |  | |  | |  |
| 健身场所三 | |  | |  | |  |
| 室外活动场所一 | |  | |  | |  |
| 室外活动场所二 | |  | |  | |  |
| 过道扶手 | |  | | | | |
| 楼梯扶手 | |  | | | | |
| 卫生间扶手 | |  | | | | |
| 坡道 | |  | | | | |
| 电梯 | |  | | | | |
| 备注 | |  | | | | |
| 勘察人意见 | | | | | | |
| 经办人签名：  （单位盖章）：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　 月　 日 | | | | | | |