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 |