东莞市养老机构运营补贴申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 基本情况 | | | |
| 机构名称 |  | 法定代表人 |  |
| 地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 养老机构备案编号 |  | 核定床位数 |  |
| 医疗机构执业许可证号 |  | 收款人名称 |  |
| 收款人银行账号 |  | 开户银行名称 |  |
| 符合运营补贴条件情况 | | | |
| 工作人员人数 |  | 岗前培训率 | % |
| 缴纳社会保险人数 | 应缴纳人数\*人，实际缴纳人数\*人 | 缴纳工伤保险人数 | 应缴纳人数\*人，实际缴纳人数\*人 |
| 岗位设置及人员配置情况 | 示例：本机构现有自理老年人\*人，配置护理人员\*人，配比为1：\*，以此类推。 | | |
| 购买养老机构意外责任险情况 | 示例：已购买/未购买 | | |
| 资助年度重大事故和服务纠纷情况 | 示例：有/无 | | |
| 申请资助费用情况 | | | |
| 月 份 | 资助人数 | | 资助金额（元） |
| 东莞户籍老人数 | 在东莞领取养老金的非莞籍老年人数 |  |
| 202 年 月 |  |  |  |
| 202 年 月 |  |  |  |
| 202 年 月 |  |  |  |

填报单位（盖章）：东莞市XX养老院 填报时间：20XX年XX月XX日

|  |  |
| --- | --- |
| 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《东莞市养老机构资助办法（修订）》。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 | |
| 审核意见 | |
| 园区、镇（街道）民政部门 | 负责人签名：  年 月 日  （单位盖章） |
| 市民政局意见 | 负责人签名：  年 月 日  （单位盖章） |
| 备注 |  |