|  |  |
| --- | --- |
| **微山县民政局** | **文件** |
| **微山县财政局** |

**微民字〔2023〕23号**

**微山县民政局 微山县财政局**

**关于印发《微山县县级养老服务专项资金**

**补助项目实施方案》的通知**

**各乡镇（街道）：**

**现将《微山县县级养老服务专项资金补助项目实施方案》印发给你们，请认真抓好落实。**

**微山县民政局 微山县财政局**

**2023年6月20日**

**（此件主动公开）**

**微山县县级养老服务专项资金补助项目**

**实 施 方 案**

**为加快建立居家社区机构相协调、医养康养相结合的养老服务体系，引导各级和社会力量增加养老服务有效供给，制定本方案。**

**一、护理型养老机构一次性建设补助项目**

**（一）项目范围**

**本县行政区域范围内，由政府、企业、社会组织、个人，以新建、扩建以及利用自有房产、租赁房屋改建等方式建设的，重点为失能、半失能老年人提供服务的护理型养老机构、养护院、护理院等项目。居家式、产权式、会员制项目不在补助范围。**

**（二）补助条件**

**1. 项目土地、建设、房产手续齐全。其中，以租赁土地形式新建的项目，土地租赁期应在10年以上；以租赁房屋形式改建的项目，租赁房屋期限应在5年以上。**

**2. 床位应为护理型床位，不少于20张，符合《养老机构护理型床位认定》（DB37/T3587-2019）、《老年养护院建设标准》（建标144-2010）、《护理院基本标准（2011版）》等标准规范。**

**3. 取得卫生健康部门的执业许可或备案证明，配备相应的医生、护士和护理人员。**

**4. 项目建成验收合格并投入使用。**

**5. 依法办理法人登记，并在行政审批部门备案，相关信息完整录入省养老管理平台。**

**（三）申报材料**

**1. 护理型养老机构县级一次性建设补助申请表（附件1）。**

**2. 土地、建设和房屋产权手续证明材料复印件。其中，租赁房屋改建的项目，还应提供租赁期限不少于5年的房屋租赁合同。**

**3. 医疗机构医疗执业许可证明或备案证明、医生、护士人员名单及执业资格证复印件。**

**4. 养老机构法人登记证书和养老机构备案回执复印件。**

**（四）补助标准**

**对符合条件的养老机构，按核定护理型床位给予一次性新建、扩建补助或租赁改建补助。每张新建、扩建和利用自有房产建设床位县级补助3000元；每张租赁房屋改建床位县级补助1500元。**

**二、特困人员供养设施（敬老院）一次性建设补助项目**

**（一）补助范围**

**本县行政区域范围内，政府以独资、合资、合作等方式，新建或依托现有敬老院设施扩建、改造提升的，以失能、半失能特困人员专业照护为主的特困人员供养设施（敬老院）。**

**（二）补助条件**

**1. 土地、建设或房产手续齐全。**

**2. 经评估达到三星标准及以上。**

**3. 床位应为护理型床位，符合《特困人员供养服务设施（敬老院）建设标准》（建标184-2017）等标准规范，依托现有敬老院改造提升的应达到民发〔2019〕80 号规定的22 项改造提升基础指标。**

**4. 项目应已开工或投入使用，已投入使用项目应依法办理法人登记，并在行政审批部门备案。**

**5. 相关信息完整录入省养老管理平台。**

**（三）申报材料**

**1. 特困人员供养设施（敬老院）县级一次性建设补助申请表（附件2）。**

**2. 新建、扩建项目应提供土地和房屋产权证明、养老机构法人登记证书和备案回执或设立许可证复印件；改造提升项目应提供房屋产权证明和施工合同复印件。**

**3. 特困人员供养设施（敬老院）等级评估报告。**

**（四）补助标准及方式**

**对符合条件的特困人员供养设施（敬老院），按核定护理型床位给予一次性建设补助或改造提升补助。每张新建、扩建床位县级补助3000元；每张改造提升床位县级补助1500元。项目补助资金待验收合格后一次性予以拨付。该补助项目与护理型养老机构一次性建设补助项目不重复享受。**

**三、养老机构运营奖补项目**

**（一）项目范围**

**本县行政区域范围内已投入运营，重点为失能、半失能老年人提供服务的民办养老机构、委托第三方运营的公办养老机构、政府与第三方合资合作养老机构，补助对象为实际运营方。居家式、产权式、会员制项目不在补助范围。**

**（二）奖补条件**

**1. 投入运营时间满一年。**

**2. 经评估达到1星级及以上。**

**3. 依法办理法人登记，并在行政审批部门备案或许可。**

**4. 入住老年人信息应录入省养老管理平台，并及时更新。**

**5. 入住老年人满意率达到90%以上。**

**6. 获得上一次县级养老服务专项资金养老机构运营奖补时间已达到一年。**

**（三）申报材料**

**1. 养老机构县级运营奖补申请表（附件3）。**

**2. 养老机构法人登记证书和备案回执或设立许可证复印件。公办养老机构实行委托运营的，还须提供委托运营协议。**

**3. 申报之日前12个月每月入住社会老年人花名册、机构自评能力等级和收费标准，以上信息需与省养老管理平台数据一致。**

**4. 具备资质和能力的第三方根据《老年人能力评估》（MZ/T 039-2013）出具的入住老年人能力评估报告。**

**（四）奖补标准**

**对符合以上补助范围和条件的养老机构，根据收住的中度、重度失能老年人数量及入住时间进行奖补，每人每年县级按照900元、1200元（不满一年的每人每月75元、100元）的标准给予补助，根据养老机构1-5星级等级评定结果，分别给予0.8倍、0.9倍、1倍、1.1倍、1.2倍差异化补助。**

**四、社区老年人日间照料中心、农村幸福院运营奖补项目**

**（一）奖补范围**

**本县行政区域范围内由街道、社区、村（居）委会、个人或社会力量运营，为老年人提供日间照料、文化娱乐、精神慰藉等服务的社区老年人日间照料中心、农村幸福院。补助对象为实际运营方。**

**（二）奖补条件**

**1. 投入运营时间满1年。**

**2. 符合《城镇社区老年人日间照料中心等级划分》 （DB37/T2722－2015）、《农村幸福院等级划分与评定》（DB37/T3774－2020）等建设标准和功能设置要求。**

**3. 经评估达到1星级及以上。**

**4. 日常运营和服务规范，按标准配备服务人员，在显要位置公示服务人员和监督电话，纳入乡镇人民政府（街道办事处）日常监管。**

**5. 服务老年人满意率90%以上。**

**（三）申报材料**

**1. 社区老年人日间照料中心、农村幸福院县级运营奖补申请表（附件4）。**

**2. 日常运营与服务情况报告。**

**个人或社会力量运营的，还应提供运营主体法人登记证书复印件。**

**（四）奖补标准及方式**

**对符合上述条件的社区老年人日间照料中心，等级评定为一星级、二星级、三星级、四星级和五星级的，分别给予1.4万元、1.6万元、1.8万元、2.2万元和3万元；对符合上述条件的农村幸福院等级评定为一星级、二星级和三星级的，分别给予0.7万元、1万元和1.3万元。**

**五、社区老年人食堂建设补助项目**

**（一）奖补范围**

**本县行政区域范围内，依托社区老年人日间照料中心、农村幸福院等养老服务设施开办或单独开办的公益性社区（村）老年人食堂，为老年人特别是生活不能自理、孤寡、空巢等老年人提供就餐、送餐服务。**

**（二）奖补条件**

**1. 建筑面积70平方米以上。**

**2. 配备必要的膳食加工、外送、就餐、水、电、暖、降温等设施设备。有与规模相适应的专职厨师和服务人员，能够提供符合老年人用餐特点、价格低廉的营养配餐。**

**3. 符合市场监管部门餐饮服务要求。**

**其中利用租赁房屋形式改建的项目，其房屋用于养老服务经营的租赁期限须在5年以上。**

**（三）申报材料**

**1. 社区老年人食堂县级建设补助申请表（附件5）。**

**2. 依托社区老年人日间照料中心、农村幸福院等养老服务设施开办的提供社区老年人日间照料中心、农村幸福院等养老服务设施的法人登记证书，单独开办的提供独立法人证书。**

**3. 房产证明复印件或房屋租赁合同和租赁房屋房产证明材料复印件。**

**4. 提供食品经营许可证。**

**（四）奖补标准**

**建成并运营的社区老年人食堂，对符合条件的，按照城市每处2万元、农村每处1万元的标准给予一次性奖补。**

**六、社区老年人食堂运营奖补项目**

**（一）奖补范围**

**本县行政区域范围内，在县级民政部门备案，运营的有完备厨房设施设备，每餐可供应50人以上饮食、餐厅可容纳20人以上同时就餐，为老年人特别是生活不能自理、孤寡、空巢等老年人提供就餐、送餐服务的社区（村）老年人食堂。**

**（二）奖补条件**

**1. 投入运营满一年。**

**2. 依法取得食品经营许可证，建立健全并落实食品安全管理制度，符合市场监管部门餐饮服务要求。**

**3. 年运营不少于300天，日均服务老年人20人次以上。**

**4. 老年人满意率大于90%以上。**

**（三）申报材料**

**1. 社区老年人食堂县级运营奖补申请表（附件6）。**

**2. 食堂运营情况报告（包含厨餐厅面积、供餐方式、 送餐次数和人数、运营方式、收费标准和收支情况）。**

**3. 食堂员工名单、健康证。**

**4. 食品经营许可证。**

**5.一年度每月的老年人就餐、供餐花名册。**

**（四）奖补标准**

**按照日均服务老年人20人次以上、30人次以上、50人次以上，分别给予每年度1万元、2万元、3万元的运营奖补。**

**七、社区老年人食堂助餐补贴项目**

**（一）补贴对象**

**对在微山县常住且年满60周岁及以上有助餐需求的老年人，在县民政局备案的社区老年人食堂就餐的老年人（不含养老机构全托老人）给予助餐补贴。**

**（二）补贴标准**

**按照年龄结构、经济状况实行差异化补助。老年人助餐补助仅午餐或晚餐享受，每天仅享受一次。**

**A类：对常住微山县年满60-79周岁、80周岁及以上的老年人，分别给予每人每天3元、5元的助餐补助。**

**B类：对微山县户籍60周岁及以上的城乡低保、分散特困供养、失能（重度残疾）、独居（留守、空巢）、计划生育特殊家庭的老年人和县级以上劳动模范、获得二等功（含重点优抚对象）以上奖励的特殊贡献老年人，给予每人每天5元的助餐补助。**

**（三）补贴发放**

**符合条件的老年人向常住地乡镇（街道）提出申请，填写《社区老年人食堂助餐补贴对象认定申请表》（附件7），乡镇（街道）进行初审后，县民政局根据老人类别进行审定，并负责助餐补贴的发放。助餐补贴不发放现金，只对老人本人就餐进行补贴，不能累计使用和转赠。老人在就餐时，由助餐服务机构在老人餐优惠价的基础上，直接给予价格扣除，并做好登记、统计，按季度与县民政局据实结算。**

**八、大中专毕业生入职养老服务一次性奖补项目**

**（一）奖补对象**

**本县行政区域范围内在养老机构和社区养老服务机构从事护理、医疗、康复、社工一线岗位工作，持有本科及以上、专科（高职）、中职（技工院校）毕业证书的专职养老服务人员，事业单位在编人员不在奖补范围内。**

**（二）奖补条件**

**申请一次性入职奖补资金，应同时符合以下条件：**

**1. 与养老服务机构签订5年以上劳动合同，且从事养老护理、医疗、康复、社工一线岗位工作满1年。**

**2. 持有国家教育（人力资源社会保障）主管部门认可的高等院校、中等职业技术学校、技工院校毕业证书。**

**3. 全日制院校毕业3年内。**

**4. 养老机构按规定为申请人缴纳社会保险满1年。**

**（三）申报材料**

**1. 大中专毕业生入职养老服务县级一次性奖补申请表（附件7）。**

**2. 申请人身份证件、学历（学位）或毕业证书复印件。**

**3. 申请人与所在养老服务机构签订的劳动合同复印件。**

**4. 养老服务机构出具的工资发放、缴纳社保等材料复印件（加盖所在机构财务专用章，主要负责人签字）。**

**（四）奖补标准及方式**

**对符合规定条件的本科及以上、专科（高职）、中职（技工院校）毕业入职人员，县级分别给予10000元、6000元、3000元的一次性入职奖补。**

**入职奖补申请人与养老服务机构签订5年以上劳动合同，入职满一年、两年、三年分别按照奖补标准的40%、30%、30%比例发放。入职奖补资金发放期间，申请人离开养老服务机构的，未发放部分不再予以发放；从原申请所在养老服务机构辞职、继续到其他养老服务机构工作且符合补助条件的，不得重复申领已补助部分，未发放部分可继续申领。**

**九、养老护理员职业技能等级奖补项目**

**（一）奖补对象**

**2023年1月1日以来，本县行政区域范围内养老机构和社区养老服务机构中取得职业技能等级三级/高级工、二级/技师、一级/高级技师等级的养老护理员，事业单位在编人员不在奖补范围内。**

**（二）奖补条件**

**1. 所在养老服务机构经行政审批部门备案（许可）。**

**2. 持有养老护理员职业技能等级证书（经人力资源社会保障部门确定的技能等级评价机构评价，证书编码全国可查询），且从事与证书相对应工作。**

**3. 在养老服务机构中从事养老护理员工作两年以上。**

**（三）申报材料**

**1. 养老护理员职业技能等级补助申请表（附件8）。**

**2. 申请人身份证件、养老护理员岗位技能等级证明复印件。**

**3. 申请人与所在养老服务机构签订的劳动合同、缴纳社保材料复印件。**

**（四）奖补方式**

**对符合条件的取得三级/高级工、二级/技师、一级/高级技师职业技能等级的养老护理员，县级分别给予1000元、2000元、3000元的一次性奖补。已申领高级工或技师技能等级奖补、符合更高一级奖补条件的，补齐相应差额。同一等级的奖补只能申请一次。**

**十、规范高效推进项目审批和资金管理工作**

**（一）规范高效推进**

**按照随时受理、及时审批拨付、年底结算的原则，依托省养老服务管理平台进行申请、审批，规范高效推进项目审批。乡镇（街道）要对辖区内申报的项目进行实地勘查和初审，县民政局于受理之日起10个工作日内自行或委托第三方完成材料审核和现场勘查。对民政部门已经掌握的和通过数据共享能够获取的相关证明材料，应免予提供。对各级审批通过的补助项目和补助金额，通过民政系统网站或其他公共媒体进行为期5天的公示。经公示无异议的，由县财政局拨付补助资金。**

**（二）明确责任分工**

**乡镇（街道）要对辖区内申报的项目进行初审，及时将相关申报材料上报县民政局。**

**县民政局分类做好项目审批、公示、备案、验收以及绩效评价、资金使用监管等工作；县财政局做好审核拨付和预算绩效管理，配合做好资金结算等工作。**

**县民政局、财政局要加强协同配合，健全完善县级补助项目审核的具体办法，开展县级补助资金绩效评价，定期对补助项目建设和运作情况进行检查，对擅自改变养老用途、弄虚作假骗取补贴、不按规定用途使用补助资金的，一经查实，取消补助资格，并依法进行追偿和处理。**

**（三）明确有关工作**

**1. 严格落实项目及时受理和审批、即时拨付和定期备案要求，对经审核符合条件的项目及时拨付补助资金，严禁年底集中突击审批项目和拨付资金。**

**2. 养老机构床均综合建筑面积，根据养老机构具体类型和床位总量，分别按照《特困人员供养服务设施（敬老院）建设标准》（建标184-2017）、《老年养护院建设标准》（建标144-2010）、《城镇老年人设施规划规范》（GB50437-2007）（2018年版）等有关标准确定。**

**养老机构床均综合建筑面积应不低于30平方米，在床均综合建筑面积达到上述规定标准的前提下，按照各养老机构实际拥有的床位数量给予补助。**

**3. 具备法人资格的医疗机构申请设立养老机构的，不需另行设立新的法人，可利用现有法人资格进行备案，并使用医疗机构相关手续申领有关补贴。**

**医疗机构内设的护理型养老机构，应专门设置功能分区，严格区分病床和护理床位，实行物理隔离，不得将病床纳入建设和运营补助范围。**

**4. 加强对养老机构运营奖补的监督检查，委托专业第三方机构开展入住老年人的身体能力评估工作，一经发现通过虚报老年人数、弄虚作假提高老年人护理等级等手段骗取补助资金的，依法依规严肃处理。**

**5. 加强对敬老院的统筹规划，推动敬老院从“一镇一院”向“县级和区域敬老院”转型，对依托现有敬老院改造提升的项目要对照22项基础改造指标进行验收，对硬件设施差、不具备改造价值的逐步撤并关停，不得纳入补助范围。**

**6. 对省、市、县级已补助的项目，不得通过改变机构名称等形式巧立名目重复申请补助，不得按照新的补助标准找平补差。对省、市、县级已补助的普通型养老机构项目，经改造升级为护理型养老机构的，不在本方案的护理型养老机构一次性建设补助范围内。**

**7. 委托第三方机构开展评估工作的，应由县民政局统一委托，养老机构不得自行委托。要加强对第三方机构评估情况的监督检查，对评估存在问题的第三方评估组织，列入失信名单，给予公开通报和严肃处理，并及时告知登记注册机关。**

**本方案自印发之日起施行，有效期至2025年12月31日。如遇国家、省、市政策调整，按照国家和省、市的政策规定执行。**

**附件：1. 护理型养老机构县级一次性建设补助申请表**

**2. 特困人员供养设施（敬老院）县级一次性建设奖补申请表**

**3. 养老机构县级运营奖补申请表**

**4. 社区老年人日间照料中心、农村幸福院县级运营奖补申请表**

**5. 社区老年人食堂县级建设补助申请表**

**6. 社区老年人食堂县级运营奖补申请表**

**7. 社区老年人食堂助餐补贴对象认定申请表**

**8. 大中专毕业生入职养老服务县级一次性奖补申请表**

**9. 养老护理员职业技能等级县级奖补申请表**

**附件1**

**护理型养老机构县级一次性建设补助申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **养老机构填写** | **项目名称** |  | | | | **项目地址** | | |  | | | | |
| **申请补助类别** | **新建补助□ 扩建补助□ 自有房屋改建补助□ 租赁房屋改建补助□** | | | | | | | | | | | |
| **项目类型** | **养老机构内设护理院□ 专业护理院□ 专业养护院□**  **内设分支医疗机构□ 其他□** | | | | | | | | | | | |
| **用地方式** | **划拨土地建设□ 出让土地建设□ 租赁土地建设□ 集体土地建设□** | | | | | | | | | | | |
| **建设进度** | **投入使用□** | | | | | | | | | | | |
| **建筑面积**  **（平方米）** |  | | | **原有床位数**  **（张）** | | |  | | **新增床位数**  **（张）** | | |  |
| **投资规模**  **（万元）** |  | | | **申请补助**  **资金数（万元）** | | |  | | **申请资助床位数（张）** | | |  |
| **以下已投入使用项目填写** | | | | | | | | | | | | |
| **法人登记证书编号** | |  | | | | **机构许可（备案回执）编号** | | | |  | | |
| **法人代表姓名** | |  | | | | **手机** | | | |  | | |
| **以下已开工建设项目填写** | | | | | | | | | | | | |
| **立项批复（备案）文号** | | |  | | **施工许可证编号** | | | | | |  | |
| **项目举办单位** | | |  | | **项目举办单位法人及联系电话** | | | | | |  | |
| **项目举办单位负责人填写** | **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、5年内不退出养老行业。如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。**  **法人代表签字（加盖单位公章）： 申请时间： 年 月 日** | | | | | | | | | | | | |
| **乡镇（街道）审核意见** | **经审查，该单位系新建□/扩建□/自有房屋改建补助□/租赁用房改建项目□，新增床位 张，符合资助条件，建议资助 万元。  以上信息属实，如有虚假，本人自愿承担法律责任。**  **乡镇（街道）部门核查人签字：   乡镇（街道）负责人签字（加盖单位公章）   年 月 日** | | | | | | | | | | | | |
|
| **县级民政部门审批意见** | **经复审，该单位系新建□/扩建□/自有房屋改建补助□/租赁用房改建项目□，新增床位 张，符合资助条件，核定资助 万元。**  **县民政局科室核查人签字：   县民政局负责人签字（加盖单位公章）   年 月 日** | | | | | | | | | | | | |
|

**附件2**

**特困人员供养设施（敬老院）县级一次性建设补助申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **养老机构填写** | **项目名称** |  | | | | **项目地址** | | |  | | | | |
| **申请补助类别**  **（根据实际情况选择填写）** | **新建补助□** | | | | **护理型床位张数（张）** | | |  | **投资总额（万元）** | | |  |
| **扩建补助□** | | | | **护理型床位张数（张）** | | |  | **投资总额（万元）** | | |  |
| **改造提升补助□** | | | | **护理型床位张数（张）** | | |  | **投资总额（万元）** | | |  |
| **机构星级** | | | | |  | | | | | | | |
| **用地方式** | | **划拨土地建设□ 出让土地建设□**  **租赁土地建设□ 现有土地建设□** | | | | | | | | | | |
| **建设进度** | | **开工建设□ 投入使用□** | | | | | | | | | | |
| **建筑面积**  **（平方米）** | |  | | **申请补助** | | |  | | **申请资助床位数（张）** | |  | |
| **资金数（万元）** | | |
| **以下已投入使用项目填写** | | | | | | | | | | | | |
| **法人登记证书编号** | | |  | | | **机构备案回执编号** | | | |  | | |
| **法定代表人姓名** | | |  | | | **手机** | | | |  | | |
| **项目举办单位负责人填写** | **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。**  **法人代表签字（加盖单位公章）： 申请时间： 年 月 日** | | | | | | | | | | | | |
|
| **乡镇（街道）审核意见** | **经审查，该单位系新建项目□/扩建项目□/改造提升项目□，护理型床位 张，符合资助条件，建议资助 万元。  以上信息属实，如有虚假，本人自愿承担法律责任。**  **乡镇（街道）部门核查人签字：**  **乡镇（街道）负责人签字（加盖单位公章）：   年 月 日** | | | | | | | | | | | | |
|
|
| **县级民政部门审批意见** | **经复审，该单位系新建项目□/扩建项目□/改造提升项目□，护理型床位 张，符合资助条件，核定资助 万元。**  **县民政局科室核查人签字：**  **县民政局负责人签字（加盖单位公章）：  年 月 日** | | | | | | | | | | | | |
|
|
|

**附件3**

**养老机构县级运营奖补申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |  | **机构许可**  **（备案回执）编号** | |  | |
| **开始运营时间** | **年 月 日** | **机构负责人**  **姓名** |  | **联系电话** |  |
| **运营方式** | **民建民营□ 公办养老机构委托运营□** | | | **评定等级** |  |
| **公办养老机构 委托运营实际 运营方名称** |  | **公办养老机构**  **委托运营方法人代表** |  | **机构床位数**  **（张）** |  |
| **申请运营**  **补助人数**  **（人）** |  | **半自理（中度失能）老人（人）** |  | **完全不能自理**  **（重度失能）**  **老年人（人）** |  |
| **申请县级补助资金（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）： 年 月 日** | | | | | |
| **乡镇（街道）审核意见** | **经审查， 年度该机构入住老人 人，其中半自理（中度失能）老人 人，完全不能自理（重度失能）老人 人，入住老年人满意率 %，符合资助条件，建议资助 万元。 以上信息属实，如有虚假，本人自愿承担法律责任。**  **乡镇（街道）部门核查人签字：**  **乡镇（街道）负责人签字（加盖单位公章）    年 月 日** | | | | | |
| **县级民政部门审批意见** | **经复审， 年度该机构入住自理老人 人，半自理老人 人，不能自理老人 人，符合资助条件，核定资助 万元。**  **县民政局科室核查人签字：**  **县民政局负责人签字（加盖单位公章）     年 月 日** | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附件4** | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
| **社区老年人日间照料中心、农村幸福院运营奖补申请表** | | | | | | | | | | | | |
| **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□ 农村幸福院□** | | | | | | | **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□ 社会建□ 政府与社会合资合作建□** | | | | | | | | | |
| **运营方式** | | **公建公营□ 民建民营□ 委托运营□** | | | | | | | | | |
| **省级是否已给予一次性建设补助** | | | | | | **是□ 给予补助时间 年** | | | | **否□** | |
| **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** | | | | | |
| **乡镇（街道）审核意见** | **经审查，该中心符合资助条件，给予日间照料设施运营奖补 万元。** | | | | | | | | | | | |
| **乡镇（街道）部门核查人签字：** | | | | | | | | | | | |
| **乡镇（街道）负责人签字（加盖单位公章）：**  **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，给予日间照料设施运营奖补 万元。** | | | | | | | | | | | |
| **县民政局科室核查人签字：** | | | | | | | | | | | |
| **县民政局负责人签字（加盖单位公章）:** | | | | | | | | | | | |
| **年 月 日** | | | | | | | | | | | |
| **附件5**  **社区老年人食堂县级建设补助申请表**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **社区老年人食堂建设方填写** | **项目名称** |  | **地址** |  | | | **建筑面积（平方米）** |  | **投资总额**  **（万元）** |  | | | **设计容纳**  **人数** |  | **服务辐射**  **人数** |  | | | **投入使用**  **时间** |  | **食品经营许可证编号** |  | | | **建设类别** | **新建□ 购置□ 已有设施改建□** | | | | | **兴办主体** | **政府（街道、社区、村）建设□ 社会建□ 政府与社会合资合作建□** | | | | | **开办模式** | **依托老年人日间照料中心、农村幸福院等养老服务设施开办□**  **单独开办□** | | | | | **消防设施**  **是否达标** | **是□ 否□** | | | | | **法人登记**  **证书编号** |  | | | | | **项目法人**  **代表** |  | | **联系电话** |  | | **申请建设**  **补助资金** |  | | | | | **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。**  **法人代表签字（加盖单位公章）：** | | | | | | **乡镇（街道）审核意见** | **经审查，该食堂符合资助条件，给予社区老年人食堂建设补助 万元。**  **乡镇（街道）部门核查人签字：**  **乡镇（街道）负责人签字（加盖单位公章）:**  **年 月 日** | | | | | | | **县级民政部门审批意见** | **经审查，该食堂符合资助条件，给予社区老年人食堂建设补助 万元。**  **县民政局科室核查人签字：**  **县民政局负责人签字（加盖单位公章）:**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**附件6**

**社区老年人食堂县级运营奖补申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **社区老年人食堂运营方填写** | **食堂名称** |  | **地址** |  | |
| **建筑面积（平方米）** |  | **投资总额**  **（万元）** |  | |
| **本年度运营总天数** |  | **日均服务老年人人次** |  | |
| **开始运营**  **时间** |  | **食品经营许可证编号** |  | |
| **运营模式** | **依托老年人日间照料中心、农村幸福院等养老服务设施运营□**  **单独运营□** | | | |
| **消防设施**  **是否达标** | **是□ 否□** | | | |
| **法人登记**  **证书编号** |  | | | |
| **项目法人**  **代表** |  | | **联系电话** |  |
| **申请**  **补助资金** |  | | | |
| **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。**  **法人代表签字（加盖单位公章）：** | | | | |
| **乡镇（街道）审核意见** | **经审查，该食堂符合资助条件，建议给予社区老年人食堂运营补助 万元。**  **乡镇（街道）部门核查人签字：**  **乡镇（街道）负责人签字（加盖单位公章）:**  **年 月 日** | | | | |
|
| **县级民政部门审批意见** | **经审查，该食堂符合资助条件，给予社区老年人食堂运营补助 万元。**    **县民政局科室核查人签字：**  **县民政局负责人签字（加盖单位公章）:**  **年 月 日** | | | | |

**附件7**

**社区老年人食堂助餐补贴对象认定申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **乡镇（街道）** |  | | **社区（村）** |  | |
| **姓名** |  | **年龄** |  | **联系**  **方式** |  |
| **身份证号码** |  | | **就餐类别** |  | |
| **紧急联系人** |  | | **紧急联**  **系方式** |  | |
| **户籍地址** |  | | **实际居**  **住地址** |  | |
| **申请就餐**  **机构名称** |  | | | | |
| **申请补贴**  **依据** | **申请人签字： 年 月 日** | | | | |
| **社区（村）**  **初审意见** | **经审查，该同志符合资助条件，建议享受助餐补贴。    社区（村）负责人签字（加盖单位公章）**  **年 月 日** | | | | |
| **乡镇（街道） 审核意见** | **经核实，该同志符合资助条件，建议享受每日助餐补贴 元。**  **乡镇（街道）部门核查人签字：**  **乡镇（街道）负责人签字（加盖单位公章） ：**    **年 月 日** | | | | |
| **县民政局**  **审批意见** | **经核实，该同志符合资助条件，同意享受每日助餐补贴 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）：**  **年 月 日** | | | | |

**注：此表一式三份，县民政局、乡镇（街道）和社区（村）各留存一份。**

**申请对象提交此表时需同时提交经济条件、自理能力、家庭情况等相关证明。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附件8** | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | | | | |  | | |
| **大中专毕业生入职养老服务县级一次性奖补申请表** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **姓名** | | |  | | | | **性别** | | | |  | | | **出生年月** | | | | | | | **年 月** | | |
| **身份证号码** | | |  | | | | | | | | | | | **户籍所在地** | | | | | | |  | | |
| **毕业院校** | | |  | | | | **毕业证书编号** | | | |  | | | **工作岗位** | | | | | | |  | | |
| **全日制学历** | | | **中职□ 技工院校□ 专科（高职）□**  **大学本科□ 硕士研究生及以上□** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **全日制院校毕业时间** | | | **年 月** | | | | | | | | **参加工作时间** | | | | | | | | | | **年 月** | | |
| **现工作机构** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **与现工作机构签订劳动合同时间** | | | | | | | | | | | | | | | | **年 月** | | | | | | | |
| **在本机构连续工作年限** | | | | | | | | **年** | | | | | **本次申请年度** | | | | | **第 年** | | | | | |
| **本次申请数额（万元）** | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| **本人郑重声明以上信息完全真实，此前未享受过市级大中专毕业生入职养老服务一次性奖补。如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **申请人签字：** | | | | | | | | | | | **申请时间： 年 月 日** | | | | | | | | | | | | |
| **经审查，该同志符合资助条件，建议给予入职市级补助 万元。**  **所在机构负责人签字（加盖单位公章） 年 月 日** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **乡镇（街道）审核意见** | | **经核实，该同志符合资助条件，建议给予大中专毕业生入职养老服务县级奖补 万元。**  **乡镇（街道）部门核查人签字：**  **乡镇（街道）负责人签字（加盖单位公章） ：**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **县级民政部门审批意见** | | **经核实，该同志符合资助条件，同意给予大中专毕业生入职养老服务县级奖补 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）：   年 月 日** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **附件9** | | | |  | | | | |  | |  | | | | |  | | | | | |  | |
| **养老护理员职业技能等级县级补助申请表** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **姓名** | | | |  | | | | | **性别** | |  | | | **出生年月** | | | | | | | **年 月** | | |
| **身份号码** | | | |  | | | | | | | | | | **户籍所在地** | | | | | | |  | | |
| **参加工作时间** | | | | **年 月** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **所在养老机构**  **名称** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **开始从事养老**  **护理岗位时间** | | | | **年 月** | | | | | | | **连续从事养老**  **护理岗位时间** | | | | | | | **年 个月** | | | | | |
| **是否曾经领取岗位技能补贴** | | | | **□否** | | | | **□是 领取年度 年 金额 万元** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **现养老护理员职业技能等级** | | | | | | | | **一级/高级工□ 二级/技师□ 三级/高级技师□** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **技能等级证书编号** | | | | |  | | | **取得现技能等级证书时间** | | | | | | | | | | | **年 月** | | | | |
| **申请县级养老护理员技能等级补助数额 （万元）** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **本人郑重声明以上信息完全真实。如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **申请人签字：** | | | | | | | | | | | **申请时间： 年 月 日** | | | | | | | | | | | | |
| **经审查，该同志符合资助条件，建议给予养老护理员职业技能等级县级补助 万元。**  **所在机构负责人签字（加盖单位公章） 年 月 日** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |

|  |
| --- |
| **微山县民政局办公室 2023年6月20日印发** |