养老服务省级扶持补贴申请材料清单及办理流程

一、补贴项目申请清单、样式

**护理型养老机构一次性建设补助项目**

（一）申请材料清单

1.护理型养老机构省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。

（二）模板样式

附件1

护理型养老机构省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） |  | | | 申请省级补助  资金数（万元） | | |  | | 申请省级资助床位数（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 | | | | | | | | | | | | |
| 县级民政部门审核意见 | 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。  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 | | | | | | | | | | | | |
|
| 市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。  市级民政部门核查人签字：   市级民政部门负责人签字（加盖单位公章）   年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
|

注:1.市级项目不需填写县级民政部门填写审核意见。2.此表一式四份（市级项目两份），由县、市民政主管业务科（处）室存档。

**特困人员供养设施（敬老院）一次性建设补助项目**

（一）申请材料清单

1.特困人员供养设施（敬老院）省级一次性建设补助申请表（附件2）。

2.正在建设的新建、扩建项目应提供土地、建设手续证明材料复印件；投入使用的新建、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。在建的新建、扩建项目投入使用后，应按照投入使用项目要求补充有关材料，进行评估验收

（二）模板样式

附件2

特困人员供养设施（敬老院）省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） | | |  |
| 是否纳入省级三年改造提升项目库 | | | | | 是□ 否□ | | | | | | | |
| 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） | |  | | 申请省级补助 | | |  | | 申请省级资助床位数（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 | | | | | | | | | | | | |
|
| 县级民政部门审核意见 | 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。  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 | | | | | | | | | | | | |
|
|
| 市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。  市级民政部门核查人签字：  市级民政部门负责人签字（加盖单位公章）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
|
|
|
| 注:此表一式四份（市级项目两份），由县、市民政部门主管业务科处存档。 | | | | | | | | | | | | | |

**养老机构运营补助项目**

（一）申请材料清单

1.养老机构省级运营奖补申请表（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。

（二）模板样式

养老机构省级运营奖补申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） |  |
| 申请省级补助资金（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 | | | | | |
| 县级民政部门审核意见 | 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。  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 | | | | | |
| 市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。  市级民政部门核查人签字：  市级民政部门负责人签字（加盖单位公章）     年 月 日 | | | | | |

注:1.市级项目不需填写县级民政部门审核意见栏。2.此表一式四份（市级项目两份），由县、市民政部门主管业务科（处）室存档。

XX机构2022年07月份入住老人名单

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号 | 年龄 | 联系电话 | 入住日期 | 评估级别 | 收费标准 |
| 1 | 魏某某 | 女 | …… | 77 | 15011569XXX | 2019.06 | 中度失能 | 2500元 |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |





**社区老年人日间照料中心、农村幸福院运营奖补项目**

（一）申请材料清单

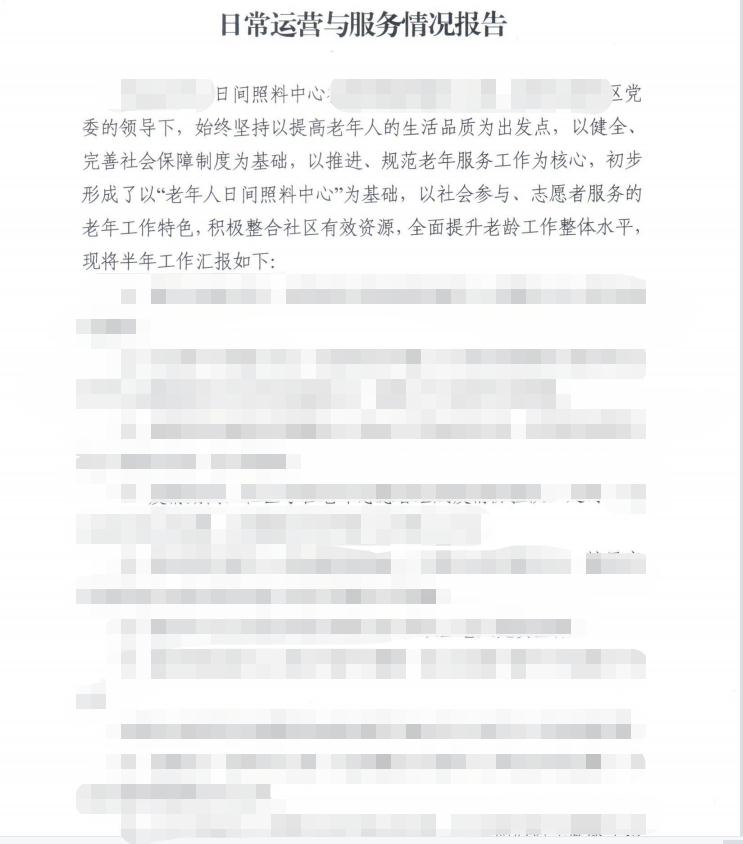
1.社区老年人日间照料中心、农村幸福院省级运营奖补申请表（附件4）。

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。

（二）模板样式

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件4 | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
| 社区老年人日间照料中心、农村幸福院省级运营奖补申请表 | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 县级民政部门审核审批意见 | 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:此表一式四份，分别由县、市民政部门主管业务科（处）室存档。 | | | | | | | | | | | | |





**院校设立养老服务相关专业奖补项目**

（一）申请材料清单

1.院校设立养老服务相关专业省级奖补申请表（附件 5）。

2.有关主管部门批准设立养老专业招生文件复印件。

3.设立养老专业的师资基本信息表、实验实训（场所、仪器设备）设施一览表。

4.最近两个学年招录养老专业学生花名册，教育部学信网、省教育部门、省人力资源社会保障部门、市教育主管部门在籍专业学生验证材料。院校设立养老服务相关专业省级补助资金，由相关院校直接向省民政厅提出申请。

（二）模板样式

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件5 | |  | |  |  |  | |  | |  |
| 院校设立养老服务相关专业省级奖补申请表 | | | | | | | | | | |
| 院校名称 | |  | | | | 院校所在地址 | |  | | |
| 院校法人代表 | |  | | | | 联系电话 | |  | | |
| 院校上级业务主管单位 | | | | | |  | | | | |
| 院校设立养老服务相关专业时间 | | | | | |  | | | | |
| 批准院校设立养老服务相关专业单位 | | | | | |  | | | | |
| 批准院校设立养老服务相关专业文号 | | | | | |  | | | | |
| 开始独立招生时间 | | | | | | 年 月 | | | | |
| 申请省级补助数额（万元） | | | | | |  | | | | |
| **独立招生以来分年度养老服务相关专业实际招生规模** | | | | | | | | | | |
| 年度 | | 人 | | | | 年度 | | 人 | | |
|  | |  | | | |  | |  | | |
|  | |  | | | |  | |  | | |
| **注：**本表由相关院校据实填写，一式两份，由省民政厅、财政厅业务主管处室分别存档。 | | | | | | | | | | |

**大中专毕业生入职养老服务一次性奖补项目**

（一）申请材料清单

1.大中专毕业生入职养老服务一次性奖补申请表（附件 6）。

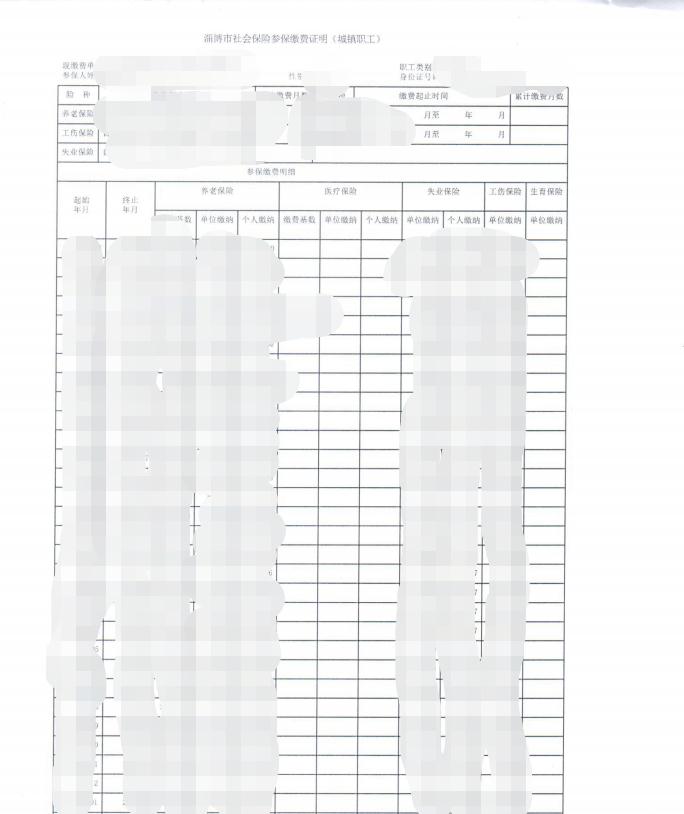
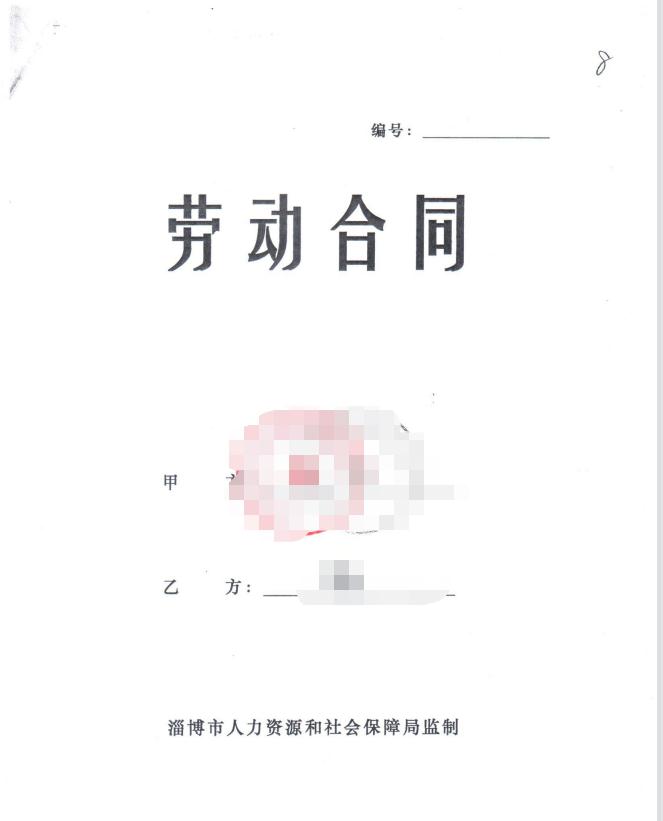
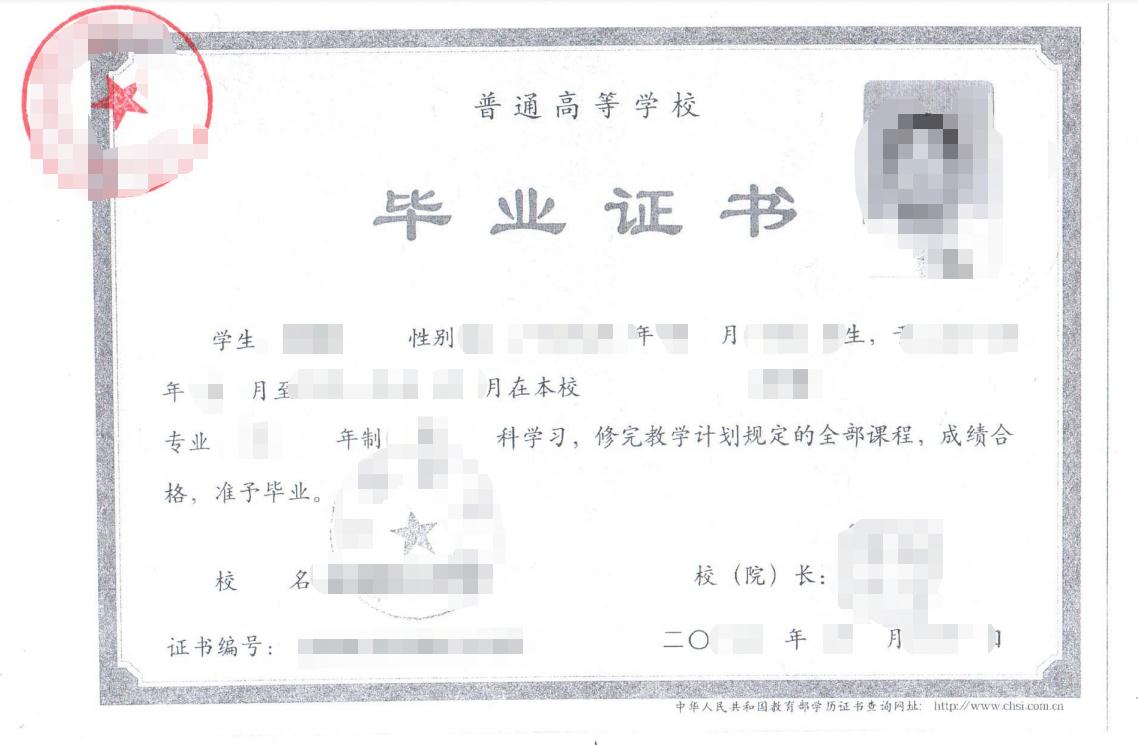
2.申请人身份证件、学历（学位）或毕业证书复印件。

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）。

（二）模板样式

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件6 | | |  |  | |  | |  | | |  |
| 大中专毕业生入职养老服务一次性奖补申请表 | | | | | | | | | | | |
| 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，此前未享受过省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，建议给予入职补助 万元。    所在机构负责人签字（加盖单位公章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 县级民政部门审核意见 | 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 | | | | | | | | | | |
| 注:此表一式两份，由县级民政部门主管业务科（处）室存档。 | | | | | | | | | | | |



**养老护理员职业技能等级奖补项目**

（一）申请材料清单

1.养老护理员职业技能等级省级补助申请表（附件 7）。

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。

（二）模板样式

附件7

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 养老护理员职业技能等级省级补助申请表 | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | |  | | |  |  | 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 | | |
| 申请省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补助 万元。    所在机构负责人签字（加盖单位公章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 县级民政部门审核意见 | 经核实，该同志符合资助条件，建议给予养老护理员职业技能等级省级补助  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 | | | | | | | | | | |
| 注:此表一式两份，由县级民政部门主管业务科室存档。 | | | | | | | | | | |  |

二、办理流程及时限要求

省级资助项目按照随时受理、及时审批、即时拨付、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。

各级民政部门根据项目审批职责，分类受理有关补助申请（含县级初审结果申报），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，同步录入省养老管理平台。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，报当地财政部门拨付补助资金。

三、办理地点及联系电话

办理单位：淄博市周村区民政局

办理地址：淄博市周村区新建东路201号政府综合楼7楼710室

联系电话：0533-6433459

四、办理时间

工作日：周一至周五（节假日除外），上午8:30-11:30，下午13:30—17:00；