附件1

江门市区民办社会福利机构运营补助申请表

**（申请补助年度： 年）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基 本 情 况 | | | | | | | | | | | | |
| 机构名称 | |  | | | | | | | 法定代表人 | |  | |
| 地 址 | |  | | | | | | | 开业运营时间 | |  | |
| 联系人 | |  | | | | | 联系人电话 | |  | | | |
| 核定床位数 | |  | | | | | 实际床位数 | |  | | | |
| 统一社会信用代码 | |  | | | | | 食品经营许可证编号 | |  | | | |
| 申请年度年检情况 | | |  | | | | | | | | | |
| 是否已享受  “阳光家园”补助 | |  | “阳光家园”年均  补助人数 | |  | | “阳光家园”每人年均补助资金（元） | |  | | | |
| 年平均入住人数 | | | 人。其中：生活能自理 人、半自理 人、不能自理 人 | | | | | | | | | |
| 扣除“阳光家园”补助资金后应补助经费总额（元） | |  | | | | | | | | | | |
| 开户银行 | |  | | | | | | | | | | |
| 开户名称 | |  | | | | | 银行账号 | |  | | | |
| 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 | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 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《江门市人民政府关于印发<江门市民办社会福利机构管理实施细则>的通知》（江府〔2018〕31号）和补助经费的申请发放、使用管理及绩效评价等规定。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 | |
| 区民政局审批意见 | （单位盖章）  承办人签名： 年 月 日 |

备注：

本表 “市区”是指蓬江区、江海区、新会区三区。

本表一式五份，区民政局、区财政局、市民政局、市财政局和申请机构各保留一份。