南昌市养老服务机构建设及运营补助

申请指南

一、事项名称：

养老服务机构建设及运营补助。

二、事项内容：

1.自有产权（房屋产权在机构名下）用房开办非营利性养老机构，给予每张床位6000元的一次性建设补助；通过租赁房产（原房产未作为养老机构使用且租赁期限不少于5年）开办，给予每张床位4000元的一次性建设补助。2.对符合条件的养老机构接收自理老人的，给予每人200元/月补助；接收中度失能（含失智）老人的，给予每人300元/月补助；接收重度失能（含失智）老人的，给予每人400元/月补助（入住满20天计一个月，不满20天的不予补助）。3.对按照规划和标准新建的城乡社区居家养老服务机构每个补助10万元（同一地点举办的只能享受一次）；建成后为老人提供服务一年以上（含一年）的，按三类分别给予每年5万元、4万元、3万元的运营补助。

三、设定依据：

南昌市民政局 南昌市财政局关于印发《南昌市养老服务事业发展专项资金管理办法》的通知（洪民字〔2020〕89号）

四、政策有效期：

2020/8/12—长期有效

五、服务对象：

企业单位、社会组织和个人举办或运营，为老年人提供养护、康复、托管等服务的各类养老服务机构。

六、申请条件：

1.取得养老机构设置的相关证件；

2.民办非企业单位登记证书或工商营业执照；

3.满足无障碍设施建设的基本要求；

4.服务对象满意率达80%以上；

5.一年内未发生消防安全、食品中毒及其他重大安全责任事故；

七、办理流程：

申请养老机构床位建设补助、运营补助，社区居家养老服务机构建设及运营补助的机构，在每年6月底前完成自查、申报工作；县区（开发区、管理局）民政部门每年7月底前，会同本级财政部门，进行实地检查验收；市民政局每年9月底前，会同市财政局对申报的机构材料进行评审，并组织实地抽查；经评审和实地抽查符合资助条件的给予补助。（流程图附后）

八、申请材料：

1.养老机构备案证明；

2.民办非企业单位登记证书或工商营业执照；

3.建筑工程消防验收合格意见书；

4.食品经营许可证；

5.5年以上房屋租赁合同（自检产权举办的不需要提供）

6.五年不改变房屋使用用途承诺；

7.《南昌市养老机构床位建设补助申请表》《南昌市养老机构运营补贴申请表》《南昌市养老机构自查报告》《南昌市养老机构运营补贴核算人员统计表》《南昌市社区居家养老服务机构补助申请表》《南昌市社区居家养老服务机构验收表》。

九、申请时间：

每年6各县区（开发区、管理局）民政部门发布兑现通知启动申请工作。

十、办理部门：

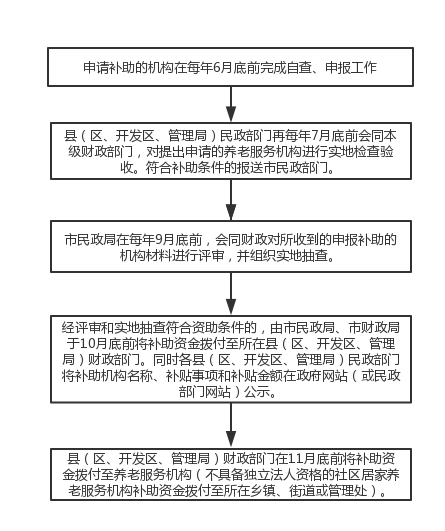
县区（开发区、管理局）民政部门

十四、咨询电话：

市级：0791-83986721

各县区（开发区、管理局）民政部门受理人电话

# 养老服务机构建设及运营补助办理流程图



**南昌市养老机构新增床位建设补助申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **养老机构基本情况** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 机构名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 地 址 | | |  | | | | | | | | | 邮政编码 | | |  | |
| 法定代表人 | | |  | | 电话 | | |  | | | | 身份证号码 | | |  | |
| 机构代表人 | | |  | | 电话 | | |  | | | | 身份证号码 | | |  | |
| 资金来源 | | |  | | 邮箱 | | |  | | | | 辖区核定床位数 | | |  | |
| 占地面积 | | |  | | | | | | | | 使用面积 | | | |  | |
| 开业时间 | | |  | | | | | | | | 入住率 | | | |  | |
| 营业执照（民非）证号 | | |  | | | | | | | | 机构设置证号（备案） | | | |  | |
| 注册资金 | | |  | | | | | | | | 投资总额 | | | |  | |
| 开户银行 | | |  | | | | | | | | 银行账号 | | | |  | |
| 食品经营许可证号 | | |  | | | | | | | | 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 | | | |  | | |
| 产权性质  （新建/租赁） | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 普通型床位数 |  | | | 补贴标准（元/张） | |  | | | | 护理险床位数 | | |  | 补贴标准（元/张） | |  |
| 补贴金额 |  | | | | | 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《南昌市养老服务事业发展专项资金管理办法》。如有不实或违反有关规定，愿承担相关法律责任。  法定代表人（主要负责人）签名： （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|
|
| **审 批 意 见** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 县、区级民政部门意见 | | （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | 县、区级财政  部门意见 | | | | | （单位盖章）  年 月 日 | | |
|
|
| 市评审委员会审批意见 | | （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |

**南昌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 | | |  | | | | | | 电话 | | | | |  | | |
| 核定床位数 | | |  | | | | | | 机构设置证号（备案） | | | | |  | | |
| 营业执照（民非）证号 | | |  | | | | | | 食品经营许可证号 | | | | |  | | |
| 开户银行 | | |  | | | | | | 银行账号 | | | | |  | | |
| 员工概况 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 员工总数 | | | |  | | | | 持证人数 | | | |  | | | | |
| 管理人数 | | | |  | | | | 持证人数 | | | |  | | | | |
| 护理人员数 | | | |  | | | | 持证人数 | | | |  | | | | |
| 收住老人情况 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自费老人 | |  | | | 特困老人 | | |  | | | 低保老人 | | | |  | |
| 申请内容 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 月份 | 自理老人 | | | | | 半失能老人  （介助） | | | | 失能老人  （介护） | | | | | | 补贴金额 |
| 1月 | 人 | | 金额 | | | 人 | 金额 | | | 人 | | | 金额 | | |  |
| 2月 |  | |  | | |  |  | | |  | | |  | | |  |
| 3月 |  | |  | | |  |  | | |  | | |  | | |  |
| 4月 |  | |  | | |  |  | | |  | | |  | | |  |
| 5月 |  | |  | | |  |  | | |  | | |  | | |  |
| 6月 |  | |  | | |  |  | | |  | | |  | | |  |
| 7月 |  | |  | | |  |  | | |  | | |  | | |  |
| 8月 |  | |  | | |  |  | | |  | | |  | | |  |
| 9月 |  | |  | | |  |  | | |  | | |  | | |  |
| 10月 |  | |  | | |  |  | | |  | | |  | | |  |
| 11月 |  | |  | | |  |  | | |  | | |  | | |  |
| 12月 |  | |  | | |  |  | | |  | | |  | | |  |
| 申请运营补助金额总数 | | | | | |  | 大写 | | |  | | | | | | |
| 本机构承诺以上及所附数据资料真实有效，并承诺遵守《南昌市养老服务事业发展专项资金管理办法》，如有不实，愿承担相关法律法规处罚，并退还所有养老有关补助资金。  机构法定代表人签字： 机构盖章：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 审核意见 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 县区民政  部门意见 | | | 单位盖章  承办人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |

**南昌市养老机构运营自查报告**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基 本 情 况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 机构名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | 法定代表人 | | | | | |  | | | | |
| 地 址 | | |  | | | | | | | | | | | | | | 邮政编码 | | | | | |  | | | | |
| 电 话 | | |  | | | | | | | | 联 系 人 | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 营业执照（民非）证号 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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.老人所缴费是否进入机构专账专户管理 | | | | | | | | | | | 是 | | |  | | | 否 | | |  | | | 备注 | | |  |
| 6、预收老人费用是否超过一年入住费用 | | | | | | | | | | | 是 | | |  | | | 否 | | |  | | | 备注 | | |  |
|  | 7.是否以养老服务名义面对社会其他人员开展非法集资 | | | | | | | | | | | 是 | | |  | | | 否 | | |  | | | 备注 | | |  |
|  | 8.是否以会员卡形式提前收取未入住养老机构老人养老费用 | | | | | | | | | | | 是 | | |  | | | 否 | | |  | | | 备注 | | |  |
|  | 9.是否配合辖区民政部门做好养老服务相关工作 | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |
|  | 10.是否存在消防安全隐患 | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |
|  | 11.是否存在食品安全隐患 | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |
|  | 12.是否存在老人投诉事件 | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |
|  | 13.其他事项（具体请备注） | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**南昌市社区居家养老服务机构建设（运营）补助申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **社区居家养老服务机构基本情况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 机构名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 地 址 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 负责人 | | |  | | | | 联系电话 | | |  | | | | | | 床位数 | | | |  | |
| 场地面积 | | |  | | | | 室内面积 | | |  | | | | | | 室外面积 | | | |  | |
| 投资总额 | | |  | | | | 开业时间 | | |  | | | | | | 服务老人数 | | | |  | |
| 机构服务人员总数 | | |  | | | | 是否为老人提供上门服务 | | |  | | | | | |  | | | |  | |
| **建 设 方 式** | □1.对现有集体房产及公共服务资源进行改扩建  □2.租赁房屋  □3.政府或爱心人士无偿提供  □4.新建楼盘配套  □5.其他方式请说明： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **运 营 模 式** | □1.村委会运营  □2.居委会运营  □3.引入社会力量运营  □4.其他运营模式请说明： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **场**  **所**  **配**  **置** | □日间照料室 □多功能活动室 □阅览室或书画室 □医疗卫生室  □厨房 □餐厅 □康复训练室（中医康复室） □卫生间 □室外活动场所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **服 务 类 型** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生活娱乐 | |  | | | 日间照料 | | |  | | | 文化生活 | | |  | | | | 配餐送餐 | | |  |
| 医疗陪护 | |  | | | 其他服务 | | | |  | | | | | | 日均服务时间 | | | | | |  |
| **补 助 情 况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 补助类型 | | | | | | □1.建设补助  □2.运营补助 | | | | | | 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《南昌市养老服务事业发展专项资金管理办法》。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：  主要负责人签名： （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **审 批 意 见** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在乡镇（街道、管理处）意见 | | | | （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 县、区民政部门审核意见 | | | | （单位盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | 县、区财政部门审核意见 | | | | （单位盖章） 年 月 日 | | | | |

填表说明：具备独立法人资格的不需所在乡镇（街道、管理处）意见。

**南昌市社区居家养老服务机构验收表**

项目单位： 街道（乡镇） 社区（村） 居家养老服务中心（颐养之家）

验收人员签字： 验收日期：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 验收项目 | 验收内容 | 验收结果 | |
| 1 | 固定场所 | 室内、室外面积 | 室内建筑面积 ㎡；室外场地面积 ㎡。 | |
| 统一标牌、标识 | 使用居家和社区养老服务统一标识。 | |
| 2 | 设施设备 | 厨房（或与其他助餐机构签订送餐协议） | □有 □无 | |
| 餐厅（配餐间） | □有 □无 | |
| 日间照料室（休息室）、床位 | 间、 张 | |
| 多功能活动室 | □有 □无 | |
| 阅览室（书画室） | □有 □无 | |
| 医疗卫生室 | □有 □无 | |
| 康复训练室（中医康复室） | □有 □无 | |
| 网络室（手工室） | □有 □无 | |
| 卫生间 | □有 □无 | |
| 室内活动健身器材 | 配备有： | |
| 室外活动健身 | 配备有： | |
| 安全、消防设施 | 配备有： | |
| 3 | 运营情况 | 就餐情况 | 每天服务 餐，每天就餐约 人次 | |
| 来访人数 | 每天中心来访约 人次 | |
| 4 | 人员队伍 | 管理服务人员 | 专职 人，兼职 人 | |
| 志愿服务队伍花名册 | □有 □无 | |
| 5 | 管理制度 | 机构职责、制度上墙 | □有 □无 | |
| 服务对象花名册 | □有 □无 | |
| 每日来访老人记录 | □有 □无 | |
| 日常活动记录 | □有 □无 | |
| 现场工作人员签字： | | | |  |

**南昌市社区居家养老服务机构自查报告**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基 本 情 况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 机构名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | 法定代表人 | | | | | |  | | | | |
| 地 址 | | |  | | | | | | | | | | | | | | 邮政编码 | | | | | |  | | | | |
| 电 话 | | |  | | | | | | | | 联 系 人 | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 营业执照（民非）证号 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 休息床位数 | | |  | | | | | | | | 服务老人数 | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **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.老人所缴费是否进入机构专账专户管理 | | | | | | | | | | | 是 | | |  | | | 否 | | |  | | | 备注 | | |  |
| 6、预收老人费用是否超过一年入住费用 | | | | | | | | | | | 是 | | |  | | | 否 | | |  | | | 备注 | | |  |
|  | 7.是否以养老服务名义面对社会其他人员开展非法集资 | | | | | | | | | | | 是 | | |  | | | 否 | | |  | | | 备注 | | |  |
|  | 8.是否以会员卡形式提前收取未入住养老机构老人养老费用 | | | | | | | | | | | 是 | | |  | | | 否 | | |  | | | 备注 | | |  |
|  | 9.是否配合辖区民政部门做好养老服务相关工作 | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |
|  | 10.是否存在消防安全隐患 | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |
|  | 11.是否存在食品安全隐患 | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |
|  | 12.是否存在老人投诉事件 | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |
|  | 13.其他事项（具体请备注） | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |