# **养老服务机构运营补助办事指南**

一、发文层级

市级

二、政策类别

资金奖补

三、事项名称

养老服务机构运营补助

四、政策文件名称及文号

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)

五、政策有效期限

2020年8月12日—长期

六、服务对象

1.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机构。

2.政府投资兴建或兴办并委托社会力量经营管理的养老机构。

3.社会力量与政府合作举办的养老机构。

七、企业规模

大型企业、中型企业、小型企业、微型企业

八、行业类型

生活性服务业

九、申报有效期限

自2020年8月12日起每年6月至9月

十、政策标准

养老机构需对入住养老机构的老人进行能力评估,并根据评估结果实施差异化运营补助,接收自理老人的,给予每人每月200元补助;接收中度失能(含失智)老人的,给予每人每月300元补助;接收重度失能(含失智)老人的,给予每人每月400元补助。

养老机构需按要求将机构信息、入住老人信息录入南昌市智慧养老服务平台。

申请运营补助的养老机构收住老人月人次统计以南昌市智慧养老服务平台系统数据为准(入住每满20天计一个月,不满20天的不予补助)。

十一、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.民办非企业单位法人和理事会成员无事业单位在编人员;

4.建筑工程消防验收合格意见书;

5.机构取得《食品经营许可证》;

6.有专业财务人员(专职、兼职、财务代理均可);

7.入住老人有以下档案资料:入住协议书、老人身份证与户口簿复印件、老人标准照片、健康检查资料、送养人(监护人) 资料及联系方式;

8.收住老人当月入住20天以上;

9.服务对象满意率80%以上;

10.一年内未发生消防安全、食物中毒及其他重大安全责任事故;

11.民政部养老机构服务质量大检查基础指标全部达标。

十二、申请材料

1.老年人能力评估表(机构提供);

2.南昌市养老机构运营补贴申请表;

3.南昌市养老机构运营自查报告(自查报告须在机构内公示七日以上,接受服务对象的评议与监督);

4.南昌市养老机构运营补贴核算人员统计表。

以上材料一式4份,市级民政及县(区)民政、财政部门各一份。

十三、办理流程

申请养老机构床位建设补助、养老机构运营补助、社区居家养老服务机构建设及运营补助的机构,应在每年6月底前完成自查、申报工作。其中养老机构和具备独立法人资格的社区居家养老服务机构向所在县(区)民政部门申报;不具备独立法人资格的社区居家养老服务机构须经所在乡镇(街道、管理处)同意后,再上报至所在县(区)民政(社发)部门。

2.县(区)民政(社发)部门应在每年7月底前,会同本级财政部门,对提出申请的养老服务机构进行实地检查验收。符合补助条件的报送市民政部门。

3.市民政局应在每年9月底前,会同市财政局对所收到的申报补助的机构材料进行评审,并组织实地抽查。

4.经评审和实地抽查符合资助条件的,由市民政局、市财政局于10月底前将市级补助资金拨付至所在县(区)财政部门。同时,各县(区)民政部门应将补助机构名称、补贴事项和补贴金额在县区政府网站(或县区民政局网站)公示7天。

5.县(区)财政部门须在11月底前将补助资金(含市、县区资金)直接拨付至养老服务机构(不具备独立法人资格的社区居家养老服务机构补助资金拨付至所在乡镇、街道或管理处)。

6.县(区)民政(社发)、财政部门在每年上报补助申请材料时,须同时递交上一年度拨付补助配套资金文件或凭证。如未配套或配套资金不足的,取消当年申报资格。

十四、申报方式

线上--安心养老平台机构端(https://health.ccbpension.com/org/);线下--各县区民政局(湾里管理局社会事务办)

十五、承诺办结时限

每年十一月底之前

十六、责任部门及科室

湾里管理局社会事务办公室养老服务科

十七、咨询电话

责任部门电话:0791-83768622

十八、政策网址

<http://mzj.nc.gov.cn/ncszf/yljgsl/202101/575fe01364bd47e794be832ba16f04a9.shtml>

附件:

**二、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 | | | | | | | | | | | | | |

**三、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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |