附件1

养老机构运营奖补申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  备案回执编号 | | |  | | |
| 开始运营时间 | 年 月 日 | | 机构  负责人 |  | | | 联系方式 |  |
| 运营方式 | 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的养老机构□  国有企业、公办医疗机构举办或运营的养老机构□ | | | | | | 星级评定等级 |  |
| 实际运营方名称 |  | | 实际运营方法人代表 | |  | | 机构床位数（张） |  |
| 申请运营  补助人数  （人） |  | 其中：中度失能老年人人数（人） |  | 其中：重度失能  老年人人数（人） |  | | 其中：完全失能  老年人人数（人） |  |
| 申请补助资金（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）：  申请时间 ： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 县级民政部门审批意见 | 经审查，该机构为 星级养老机构， 年度该机构入住老年人 人，其中中度失能老年人 人，重度失能老年人 人，完全失能老年人 人，入住老年人满意率 %，符合资助条件，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）  初审时间： 年 月 日 | | | | | | | | |

注：此表一式四份，由市县民政主管业务科室存档。

养老机构申请运营奖补老年人花名册

养老机构名称（公章）： 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 老年人姓名 | 性别 | 身份证号 | 年龄（周岁） | 收费标准 | 申请本次补贴起始时间（年月日） | 申请本次补贴截止时间（年月日） | 申请补贴月数 | 能力等级 | 机构等级 | 补贴标准（元/月） | 申请省级补贴资金数 | 申请市级补贴资金数 | 申请补贴总金额（元） |
|  |  |  |  |  |  | 年月日 | 年月日 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1、此表用电脑填写打印，一式三份，运营方、县级民政部门、市民政局各存档一份。2、当月超过23天的按1个月计算。

填表人签字： 审核人签字： 法定代表人签字：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2 | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
| 城乡社区养老服务设施运营奖补项目申请表 | | | | | | | | | | | | |
| 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□  居家和社区养老服务站□ | | | | | | | 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 | |  | | | |
| 申请省（市）级补助资金额度（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 | | | | | | | | | | | |
| 县级民政部门审批意见 | 经审查，该中心符合资助条件，给予城乡社区养老服务设施运营奖补 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）: | | | | | | | | | | | |
| 审批时间： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 注：此表一式四份，由县区民政主管业务科室存档。 | | | | | | | | | | | | |

附件3

家庭养老床位建设及运营奖补申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 养老服务机构填写 | 机构名称 |  | 机构地址 | |  |
| 机构类型 | 镇（街道）综合养老服务中心□ 社区养老服务站□ 社区养老服务站□ 其他□ | | | |
| 开始运营时间 | 年 月 日 | 法人登记证书编号 | |  |
| 机构  负责人 |  | 联系方式 | |  |
| 签约困难失能老年人家庭养老床位数量（张） |  | 签约社会化家庭养老床位数量（张） | |  |
| 是否建有  信息化系统 | 是□ 否□ | | 申请补助  资金数（万元） |  |
| 项目举办单位负责人填写 | 该项目共签约困难失能老年人家庭养老床位数量 张、签约社会化家庭养老床位数量 张，申请补助资金 万元。  本人郑重声明以上信息完全真实。如能获得补助资金，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 | | | | |
| 镇（街道）初审意见 | 经初审，该项目共核定签约困难失能老年人家庭养老床位数量 张、签约社会化家庭养老床位数量 张，符合补助条件，建议补助 万元。  镇（街道）民政部门核查人签字：  镇（街道）负责人签字（加盖单位公章）： 初审时间： 年 月 日 | | | | |
| 县区民政财政部门审批意见 | 经审查，该项目共核定签约困难失能老年人家庭养老床位数量 张、签约社会化家庭养老床位数量 张，符合补助条件，补助 万元。    区市民政部门核查人签字： 区市财政部门核查人签字：  区市民政部门负责人签字： 区市财政部门负责人签字：  （加盖单位公章） （加盖单位公章）  审批时间： 年 月 日 | | | | |
|
|

注：此表一式四份，由县区民政主管业务科室存档。

附件4

认知障碍照护床位建设一次性补助项目

申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 养老机构填写 | 机构名称 |  | 机构地址 |  | |
| 建设类别 | 新建□ 扩建□ 自有房屋改建□ 租赁房屋改建□ | | | |
| 法人登记  证书编号 |  | 机构备案回执编号 |  | |
| 法人代表 |  | 联系方式 |  | |
| 认知障碍照护专区数量（个） |  | 认知障碍照护单元数量（个） | |  |
| 认知障碍照护床位数（张） |  | 床均综合建筑面积（平方米） |  | |
| 护理人员与入住对象的配比 |  | 申请补助  资金数（万元） |  | |
| 项目举办单位负责人填写 | 该项目共申请认知障碍照护床位总数 张，申请补助资金 万元。  本人郑重声明以上信息完全真实。如能获得补助资金，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 | | | | |
| 县区民政部门审批意见 | 经审查，该项目共核定认知障碍照护床位数量 张，符合补助条件，补助 万元。  民政部门核查人签字： 民政部门负责人签字：  （加盖单位公章）  初审时间： 年 月 日 | | | | |

注：此表一式四份，由市县民政主管业务科室存档。

附件5

护理型养老机构建设贷款贴息补助申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 养老机构填写 | 项目名称 |  | | 项目地址 |  |
| 项目类别 | 新建□ 扩建□ 自有房屋改建□ 租赁房屋改建□ | | | |
| 建筑面积  （平方米） |  | | 建设护理型床位数（张） |  |
| 联系人 |  | | 联系方式 |  |
| 贷款金额  （万元） |  | | 贷款时间 | 年 月 日 |
| 贷款当月贷款市场报价利率（LPR） |  | | 贷款年限 | 年 月至 年 月 |
| 申请建设贷款贴息额（万元） | |  | | |
| 项目举办单位负责人填写 | 该项目共申请贷款金额 万元，贷款时间 年 月 日，贷款当月贷款市场报价利率（LPR） ，贷款年限 年 月至 年 月，申请建设贷款贴息额 万元。  本人郑重声明以上信息完全真实。如能获得补助资金，本人承诺将用于护理型养老机构建设，不改变贷款用途，不用于借新还旧及偿还各类债务，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 | | | | |
| 县区民政部门审批意见 | 经审查，该项目共申请贷款金额 万元，贷款时间 年 月 日，贷款当月贷款市场报价利率（LPR） ，贷款年限 年 月至 年 月，符合补助条件，补助建设贷款贴息额 万元。    民政部门核查人签字： 民政部门负责人签字：  （加盖单位公章）  初审时间： 年 月 日 | | | | |

注：此表一式四份，由市县民政主管业务科室存档。

附件6

院校设立养老服务相关专业省级奖补申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 院校  填写 | 院校名称 |  | 院校所在地址 |  |
| 院校法人代表 |  | 联系方式 |  |
| 院校上级业务主管单位 | |  | |
| 院校设立养老服务相关专业时间 | | 年 月 | |
| 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 | 招生人数 | 年度 | 招生人数 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 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。  院校法人代表签字（加盖单位公章）： 申请时间： 年 月 日 | | | |
| 市民政局审核意见 | 经审查，该项目符合补助条件，建议补助 万元。  民政部门核查人签字： 民政部门负责人签字：  （加盖单位公章）    审批时间： 年 月 日 | | | |

注：此表一式四份，由市民政主管业务科室存档。

附件7

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，此前未享受过大中专毕业生入职养老服务机构一次性奖补。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，建议给给予大中专毕业生入职养老服务机构奖补 万元。    所在机构负责人签字：（加盖单位公章） 申请时间： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 县区民政部门审核意见 | | 经核实，该同志符合资助条件，给予大中专毕业生入职养老服务机构奖补 万元。    民政部门核查人签字： 民政部门负责人签字：  （加盖单位公章）  审批时间： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注：此表一式四份，由市民政主管业务科室存档。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 附件8 | | | |  | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | |  | |
| 养老护理员职业技能等级补助申请表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | 四级/中级□ 三级/高级□ 二级/技师□ 一级/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） 申请时间： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 县区民政部门审核意见 | | 经核实，该同志符合资助条件，给予大中专毕业生入职养老服务机构奖补 万元。  民政部门核查人签字： 民政部门负责人签字：  （加盖单位公章）  审批时间： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件9

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 连锁化养老服务品牌奖补申请表 | | | |
| 养老服务机构名称 | （公章） | | |
| 养老服务机构法人登记证书编号 |  | | |
| 法定代表人姓名及联系电话 | 姓名： 联系电话： | | |
| 养老服务机构连锁化运营本市养老机构情况（须与省养老服务系统内名称一致） | | | |
| 养老机构名称 | 床位数 | 入住老年人人数 | 养老机构  等级 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 养老服务机构连锁化运营本市城乡社区（村）养老服务设施、老年食堂等情况（须与省养老服务系统内名称一致） | | | |
| 设施名称 | 主要服务项目 | 设施等级 | 年均服务老年人（人次） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 县级民政部门审批意见 | 经审查，该养老服务机构符合补贴条件，同意给予补贴 万元。 县级民政部门核查人签字： 县级民政部门负责人签字： | | |
|  |  | （公章） |
|  | 审批时间： 年 月 日 | |
| 注：此表用电脑填写打印，一式三份，养老服务机构、县级民政部门、市民政局各存档一份 | | | |

附件10

养老机构运营奖补汇总表

民政局、财政局（盖章） 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 机构名称 | | 养老机构备案编号 | 机构运营时间 | 运营方式 | | | | | 县级初审情况 | | | | | | 市级审批情况 | | | | | | |
| 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的养老机构 | 国有企业、公办医疗机构举办或运营的养老机构 | 实际运营方名称 | 核定补助人数（人） | 其中： | | | 入住老年人满意率% | 建议补助资金（万元） | 核定补助人数（人） | 其中： | | | 核定市、县级补助资金数（万元） | 核定省级补助资金数（万元） | 核定补助资金总数（万元） |
| 中度失能老年人人数 | 重度失能老年人人数 | 完全失能老年人人数 | 中度失能老年人人数 | 重度失能老年人人数 | 完全失能老年人人数 |
|
|
|
|
|
|
|  | 1 | | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 | |  |  |  |  |  |  |  | \_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件11

城乡社区养老服务设施运营奖补项目汇总表

民政局、财政局（盖章） 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 地址 | 类别 | | 评定等级 | | | | | 建设规模（平方米） | 设置床位（张） | 建设投资总额（万元） | 兴办主体 | | | 运营方式 | | | 运营主体 | 运营  时间 | 申请资金 | |
| 社区老年人日间照料中心 | 农村幸福院 | 一星 | 二星 | 三星 | 四星 | 五星 | 政府（街道）建 | 社会建 | 政府与社会合资合作建 | 公建公营 | 民建民营 | 委托运营 | 市（县）级确定补助资金（万元） | 省级确定补助资金（万元） |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件12

家庭养老床位建设及运营奖补汇总表

民政局、财政局（盖章） 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 机构名称 | 项目地址 | 机构类型 | | | 开始运营时间 | 法人登记证书编号 | 签约困难失能老年人家庭养老床位数（张） | 签约社会化家庭养老床位数（张） | 是否建有信息化系统 | 申请补助资金数（万元） |
| 镇（街道）综合养老服务中心 | 社区养老服务站 | 其他 |
|
|
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件13

认知障碍照护床位建设一次性补助项目汇总表

民政局、财政局（盖章） 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 机构名称 | 项目地址 | 建设类别 | | | | 法人登记证书编号 | 机构备案回执编号 | 认知障碍照护专区数量（个） | 认知障碍照护单元数量（个） | 认知障碍照护床位数量（张） | 申请补助资金数（万元） |
| 新建 | 扩建 | 自有房屋改建 | 租赁房屋改建 |
|
|
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件14

护理型养老机构建设贷款贴息项目汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 机构名称 | 项目地址 | 建设类别 | | | | 建筑面积（平方米） | 建设护理型床位数（张） | 贷款金额（万元） | 贷款时间 | 贷款当月贷款市场报价利率（LPR） | 贷款年限 | 申请建设贷款贴息额 |
| 新建 | 扩建 | 自有房屋改建 | 租赁房屋改建 |
|
|
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件15

院校设立养老服务相关专业奖补汇总表

民政局、财政局（盖章） 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 院校  名称 | 院校所在地址 | 院校法定  代表人 | 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 | 申请补助金额 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件16

大中专毕业生入职养老服务一次性奖补汇总表

民政局、财政局（盖章） 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 身份证号码 | 户籍  所在地 | 毕业院校 | 毕业时间 | 毕业  证书  编号 | 学历 | | | | 参加工作时间 | 现工作机构名称 | 入职本养老机构时间（年月） | 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 | 申请大学生入职养老服务补助数额（元） | | | | | |
| 中职  （技工院校） | 专科  （高职） | 本科 | 硕士研究生及以上 | 第一年度市（县）级 | 第一年度省级 | 第二年度市（县）级 | 第二年度省级 | 第三年度市（县）级 | 第三年度省级 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ |  |  | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ |  | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ |  |  |  |  |  |  |

附件17

养老护理员市级职业技能等级补助汇总表

民政局、财政局（盖章） 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 出生  年月 | 身份证  号码 | 户籍  所在地 | 参加  工作  时间 | 现工作机构 | 开始从事养老护理岗位时间（年月） | 连续从事护理岗位日期（年月） | 现养老护理职业技能等级 | | | | 技能等级证书编号 | 核定补助数额（元） |
| 一级/高级技师 | 二级/技师 | 三级/高级 | 四级/中级 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ |  | \_\_\_ |  | \_\_\_ |  |

注：此表以县区为单位逐级统一上报