附件2

养老服务机构申报表

申报单位（盖章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

统一社会信用代码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

法定代表人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申报日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

## 一、申报单位基本信息

|  |  |
| --- | --- |
| 注册地址 |  |
| 实际办公地址 |  |
| 成立时间 | \_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 运营年限：\_\_\_\_年 |
| 单位类型 | □ 企业 □ 事业单位 □ 社会组织  □其他（请注明）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 申报类别 | □ 养老机构（备案床位数\_\_\_\_\_\_\_\_）  □ 社区养老服务机构  □第三方专业评估机构 |
| 法定代表人 | 姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  学历/职称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 项目负责人 | 姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_  学历/职称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 开户行全称 |  |
| 开户行行号 |  |
| 银行账号 |  |
| 机构办公电话及邮箱 | 办公电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  电子邮箱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 经营范围/业务范围 |  |
| 严重违法失信记录 | □ 是 □ 否  （若为“是”，说明情况：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_） |
| 机构承诺 | 我机构按照国家、省市有关要求，保证提供的所有申报信息真实有效，并接受有关部门监督。  法定代表人（负责人）签字：  （申报单位公章）  年   月  日 |
| 镇街民政部门  意见  （审批） | □ 同意纳入“向中度以上失能老年人发放养老消费补贴项目服务机构库”  □ 不同意纳入  签名（单位盖章）：  年 月 日 |

## 二、服务人员配置情况（共\_\_\_\_人）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 学历/专业 | 职务 | 相关工作年限 | 资质证书名称及编号 | 医护专业背景 | 劳动合同签订情况 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □ 是□ 否 | □ 是□ 否 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □ 是□ 否 | □ 是□ 否 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □ 是□ 否 | □ 是□ 否 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □ 是□ 否 | □ 是□ 否 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □ 是□ 否 | □ 是□ 否 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □ 是□ 否 | □ 是□ 否 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □ 是□ 否 | □ 是□ 否 |  |
| 备注：持有养老护理员职业资格证书      人，持有养老护理员技能等级证书      人，持有养老护理员培训证书      人；持有老年人能力评估师资格证书     人；医护专业背景人员       人；其他     人。 | | | | | | | | | | |