**崇阳县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 |  | 机构许可  (备案回执)编号 | |  | |
| 开始运营时间 | 年 月 日 | 机构负责人 姓名 |  | 联系电话 |  |
| 运营方式 | 民建民营口 公办养老机构委托运营口 | | | 评定等级 |  |
| 公办养老机构  委托运营实际  运营方名称 |  | 公办养老机构委  托运营方法人代  表 |  | 机构床位数 (张 |  |
| 申请运营  补助人数  (人) |  | 半自理(中度失  能)老人(人) |  | 完全不能自理  (重度失能)  老年人(人) |  |
| 申请省级补助资金(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): 年 月 日 | | | | | |
| 县级民政部门 核意见 | 经审查， 年度该机构入住老人 人，其中半自理(中度失能)老人 人，完全不能自理(重度失能)老人 人，入住老年人满意率 %,符合资助条件，建议资助 万元。  以上信息属实，如有虚假，本人自愿承担法律责任。  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)  年 月 日 | | | | | |