重庆市万州区民政局2019年社区养老服务设施运营补贴办事指南

1. **办理依据**

《关于加快推进养老服务发展的实施意见》（万州府发〔2015〕9号）

**二、补贴对象及要求**

2019年6月1日前完成建设，并运营6个月以上的社区养老服务设施。

**三、补贴内容、方式及标准**

对符合条件的社区养老服务设施，由区财政局按照1万元/个的标准予以运营补助。

**四、申请材料清单及样式**

1、《万州区社区养老服务设施运营补贴申请表》（一式四份）；

2、运营补贴申请报告（由镇乡街道统一申请，需说明每个养老服务站运营情况或停运原因）；

3、运营资料（运营纪录、图片等）。

**五、办理流程**

1.申报单位将完整的纸质申报材料交到区民政局养老服务科。

2.区民政局收到申报材料后，会同社区养老服务设施设施属地镇乡街道民政办进行实地核查，并汇总申报资料及核查结果。

# 3.区财政局根据区民政局汇总审核的资料，会商区民政局提出资金安排计划，下达补助资金。

**六、办理部门及办理时间、地点**

重庆市万州区民政局：重庆市万州区江南大道2号区政府2楼210；

办理时间：9：00-12:30 14:00-18:00（周一至周五，法定节假日除外）。

**七、办理时限**

申报单位应于2020年12月15日12时前完成资料报送，区民政局将根据社区养老服务设施实际情况及属地镇乡街道民政办建议合理确定实地核查时间，由区财政局及时拨付核查通过的社区养老服务设施运营补贴。

**八、咨询电话**

023-58224319

附件：1.万州区社区养老服务设施运营补贴申请表（2019年）

2.重庆市万州区养老服务设施运营补贴申请表样表填写示例（2019年）

附件1：

万州区养老服务设施运营补贴申请表

（2019年）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 养老服务设施基本情况 | | | | | |
| 设施名称 |  | | 地 址 | |  |
| 运营机构名称 |  | | | | |
| 建筑面积 |  | | 床位数 | |  |
| 法定代表人 |  | | 联系电话 | |  |
| 经办人 |  | | 联系电话 | |  |
| 机构设立许可证号 （备案回执编号） |  | | 机构登记证号 | |  |
|
| 银行账号及开户行 |  | | 财务人员证号 | |  |
| 评定等级 |  | | 申请区级运营补贴总额  （单位：万元） | |  |
| 本机构申请万州区养老服务中心（XX年度）运营补贴。本机构保证以上及所附数据资料真实有效，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：  法定代表人（授权代表）签名：   （单位盖章）  年 月 日 | | | | | |
|
|
|
|
|
| 镇乡街道审核意见：    经办人签字：  负责人签字：  （单位盖章） 年 月 日 | | 区民政局审核意见：  经办人签字：  负责人签字：  （单位盖章） 年 月 日 | | 区财政局审核意见：  经办人签字：  负责人签字：  （单位盖章） 年 月 日 | |
|
|
|
|
|
|
|
|

备注：该表一式四份。运营机构、所在镇乡街道、区民政局、区财政局各留存一份。

附件2：

重庆市万州区养老服务设施运营补贴申请表样表填写示例（2019年）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 养老服务设施基本情况 | | | | | |
| 设施名称 | *XX养老服务中心（社区养老服务站）* | | 地 址 | | *XX街道XX社区XX路x号x层-x层* |
| 运营机构名称 | *XX养老服务公司* | | | | |
| 建筑面积 | *xx㎡* | | 床位数 | | *xx张* |
| 法定代表人 | *填写法定代表人姓名* | | 联系电话 | | *填写法定代表人手机* |
| 经办人 | *填写经办人姓名* | | 联系电话 | | *填写经办人手机* |
| 机构设立许可证号  （备案回执编号） | *填写运营机构设立许可证号或备案回执编号* | | 机构登记证号 | | *填写运营机构法人登记证号* |
|
| 银行账号及开户行 | *填写运营机构银行账号及开户行* | | 财务人员证号 | | *填写运营机构财务人员证号（无证可直接填写“无”）* |
| 评定等级 | *参加重庆市或万州区等级评定结果（x星级/x叶级）* | | 申请区级运营补贴总额  （单位：万元） | | *xx（换算成万元）* |
| 本机构申请万州区养老服务中心（XX年度）运营补贴。本机构保证以上及所附数据资料真实有效，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：*经办人手签*  法定代表人（授权代表）签名：*法定代表人或授权代表手签（授权代表手签需提供授权证明）*  （单位盖章）  年 月 日 | | | | | |
|
|
|
|
|
| 镇乡街道审核意见：  经办人签字：  负责人签字：  （单位盖章）  年 月 日  *（此栏由养老服务设施属地镇乡街道填写）* | | 区民政局审核意见：  经办人签字：  负责人签字：  （单位盖章）  年 月 日  *（此栏由万州区民政局填写）* | | 区财政局审核意见：  经办人签字：  负责人签字：  （单位盖章）  年 月 日  *（此栏由万州区财政局填写）* | |
|
|
|
|
|
|
|
|

备注：该表一式四份。运营机构、所在镇乡街道、区民政局、区财政局各留存一份。