**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□ 公办养老机构委托运营□**  **政府与第三方合资□**  **国有企业、公办医疗机构运营□** | | | **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）** |  | **中度失能老人（人）** |  | **重度、**  **完全失能**  **老年人（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）： 年 月 日** | | | | | |
| **县级民政部门审核审批意见** | **经审查， 年度该机构入住老人 人，其中中度失能老人 人，重度、完全失能老人 人，入住老年人满意率 %，符合资助条件，核定资助 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）：**  **年 月 日** | | | | | |

**注：此表由县级民政部门主管业务科（处）室存档。**

**附件2**

**社区老年人日间照料中心、农村幸福院运营**

**奖补申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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□** | | | | | | **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、社区、村）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□** | | | | | | | | |
| **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。**  **法人代表签字（加盖单位公章）：**  **年 月 日** | | | | | | | | | |
| **县级民政部门审核审批意见** | **经审查，该处符合资助条件，给予日间照料设施（农村幸福院）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）:** | | | | | | | | | |
| **年 月 日** | | | | | | | | | |

**注：此表由县级民政部门主管业务科（处）室存档。**

**附件3**

**老年助餐服务运营奖补申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **老年助餐服务机构运营方填写** | **项目名称** |  | | | |
| **项目地址** |  | | | |
| **食品经营**  **许可证编号** |  | **日均助餐**  **人数** |  | |
| **老年人**  **满意度（%）** |  | | | |
| **兴办主体** | **政府（街道、社区、村）建□ 社会建□ 政府与社会合资合作建□** | | | |
| **开办模式** | **依托老年人日间照料中心、农村幸福院等养老服务设施开办□**  **单独开办□** | | | |
| **消防设施**  **是否达标** | **是□ 否□** | | | |
| **运营评估**  **情况** | **合格□ 不合格□** | | **评估时间** | **年 月** |
| **项目法人**  **代表** |  | | **联系电话** |  |
| **申请运营**  **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，绝不挪作他用。如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。**  **法人代表签字（加盖单位公章）：**  **年 月 日** | | | | |
| **县级民政部门审核审批意见** | **经审查，该老年助餐服务机构符合资助条件，给予运营补助 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）：**    **年 月 日** | | | | |
|

**注：此表由县级民政部门主管业务科（处）室存档。**

**附件4**

**家庭养老床位奖补资金申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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□ 社区养老服务中心□**  **养老服务机构□ 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** |  |
| **签约老年人家庭养老床位数量（张）** |  | **签约老年人家庭已享受适老化改造或家庭养老床位建设补助数量（张）** |  |
| **申请补助**  **资金数（万元）** |  |  |  |
| **项目举办单位负责人填写** | **该项目共签约老年人家庭养老床位数量 张、 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，该项目符合补助条件床位共 张，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** | | | |
| **县级民政财政部门审批**  **意见** | **经审查，该项目符合补助条件床位共 张，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）：**    **审批时间： 年 月 日** | | | |

**注：此表由县级民政部门主管业务科（处）室存档。**

**附件5**

**认知障碍照护床位一次性建设补助申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **养老机构填写** | **项目名称** |  | **项目地址** | | |  | |
| **建设类别** | **新建□ 扩建□ 自有房屋改建□ 租赁房屋改建□** | | | | | |
| **运营方式** | **民办□ 公办公营□ 委托第三方运营□**  **政府与第三方合资合作□ 国有企业、公办医疗机构举办或运营□** | | | | | |
| **实际运营方**  **名称** |  | | **实际运营方法人**  **登记证书编号** | | |  |
| **法定代表人** |  | | **联系方式** | | |  |
| **护理人员与入住对象配比** |  | | | **床均综合建筑面积（平方米）** | |  |
| **申请补贴的认知障碍照护床位数（张）** |  | | | **申请补助资金**  **（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。如能获得资助资金，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** | | | | | | |
| **县级民政部门审核审批意见** | **经审查，该单位系新建项目□/扩建项目□/改造提升项目□，新增认知障碍照护床位 张，符合资助条件，核定资助 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）:**  **年 月 日** | | | | | | |
|
|

**注：此表由县级民政部门主管业务科（处）室存档。**

**附件6**

**护理型养老机构建设贷款贴息项目申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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□** | | |
| **项目类型** | **养老机构内设护理院□ 专业护理院□ 专业养护院□**  **内设分支医疗机构□ 其他□** | | |
| **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** |
| **当年基准贷款**  **利率** |  | **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，贷款当年基准贷款利率 ，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** | | | |
| **县级民政财政部门审批意见** | **经审查，该项目共申请贷款金额 万元，贷款时间 年 月 日，贷款当年基准贷款利率 ，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。**    **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：此表由县级民政部门主管业务科（处）室存档。**

**附件7**

**院校设立养老服务相关专业奖补申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **院校名称** |  | **院校所在地址** |  |
| **院校法人代表** |  | **联系电话** |  |
| **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** | | **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** | **人** | **年度** | **人** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**注：本表由相关院校据实填写，一式两份，由市民政局、财政局业务主管科（处）室分别存档。**

**附件8**

**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，建议给予入职补助 万元。**  **所在机构负责人签字（加盖单位公章）：**  **年 月 日** | | | | | | | | | | |
| **县级**  **民政**  **部门**  **审核**  **意见** | **经核实，该同志符合资助条件，建议给予大中专毕业生入职养老服务奖补 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）：    年 月 日** | | | | | | | | | |

**注：此表由县级民政部门主管业务科（处）室存档。**

**附件9**

**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 元** | | | | | | |
| **现养老护理员职业技能等级** | | | | **一级/高级工□ 二级/技师□ 三级/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 （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** | | | | | | | | | | |
| **所在养老机构意见** | **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）： 年 月 日** | | | | | | | | | |
| **县级**  **民政**  **部门**  **审核**  **意见** | **经核实，该同志符合条件，建议给予大中专毕业生入职养老服务奖补 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）：   年 月 日** | | | | | | | | | |

**注：此表由县级民政部门主管业务科（处）室存档。**

**附件10**

**养老机构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** | **机构**  **名称** | **养老机构设立许可证书编号** | **机构运营时间** | **运营方式** | | | | | **机构床位数（张）** | **机构申请补助情况** | | | | **县级审批情况** | | | | |
| **民建民营** | **政府与第三方合资运营** | **国有企业、公办医疗机构运营** | **公办养老机构委托运营** |  | **申请运营补助人数（人）** |  | | **申请补助资金数（万元）** | **核定补助人数（人）** |  | | **入住老年人满意率%** | **县级核定资助资金（万元）** |
| **实 际 运 营 方 名 称** | **其中中度失能老人数（人）** | **重度、完全失能老人数（人）** | **其中中度失能老人数（人）** | **重度、完全失能老人数（人）** |
|  |  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |
|  |  |  | **年 月** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合计** | | **\_\_\_** | **\_\_\_** | **个** | | **个** | | **\_\_\_** |  |  |  |  |  |  |  |  | **\_\_\_** |  |

**注：1.此表以县（市、区）为单位统一汇总上报；2.本表第3-6列请对照项目具体情况分别打“√”，第7-17列请对照项目具体情况填写具体数字。**

**附件11**

**社区老年人日间照料中心、农村幸福院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** | **县级**  **确定**  **补助**  **资金**  **（万元）** |
| **社区**  **老年人**  **日间**  **照料**  **中心** | **农村**  **幸福院** | **一**  **级** | **二**  **级** | **三**  **级** | **政府**  **（街道）**  **建设** | **社会**  **建设** | **政府与社会**  **合资**  **合作建** | **公建公营** | **民建民营** | **委托运营** |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** | **18** | **19** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合计** | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**注：1.此表以县（市、区）为单位统一汇总上报；2.本表第3-7列、11-16列请对照项目具体情况分别打“√”，其余项请据实填报。**

**附件12**

**老年助餐服务运营奖补汇总表**

**民政局、财政局（盖章） 填报时间： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **地址** | **日均助餐人数** | **老年人满意度（%）** | **兴办主体** | | | **开办模式** | | **法人登记证书编号** | **食品经营许可证编号** | **申请运营补助资金**  **（万元）** | **县级确定补助资金 （万元）** |
| **政府（街道、社区、村）建** | **社会建** | **政府与社会合资合作建** | **依托老年人日间照料中心等养老服务设施开办** | **单独开办** |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合计** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**注：1.此表以县（市、区）为单位统一汇总上报；2.本表第5-9列请对照项目具体情况分别打“√”，其余项请据实填报。**

**附件13**

**家庭养老床位运营补贴汇总表**

**民政局、财政局（盖章） 填报时间： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **县（市、区）** | **养老服务**  **机构** | **地址** | **法定代表人** | **联系方式** | **签约提供服务内容** | **建有家庭养老床位数** | **验收是否合格（若是打“√”）** | **补助资金**  **（元）** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**注：1.此表以县（市、区）为单位统一汇总上报。**

**附件14**

**认知障碍照护床位一次性建设补助项目汇总表**

**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** | **申请补助类别** | | | | **运营方式** | | | | | **申请补助**  **情况** | | **县级审批意见** | |
| **新建补助** | **扩建**  **补助** | **自有房屋改建补助** | **租赁用房改建补助** | **民建民营** | **政府与第三方合资运营** | **国有企业、公办医疗机构运营** | **公办养老机构委托运营** |  | **其中申请补助资金**  **（万元）** | **申请补助床位数（张 ）** | **核定资助床位数（张）** | **核定资助资金（万元）** |
| **实际**  **运营方**  **名称** |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合计** | | | **个** | **个** |  | **个** |  |  |  | **个** | **个** |  |  |  |  |

**注：1.此表以县（市、区）为单位统一汇总上报；2.本表第3-10列请对照项目具体情况分别打“√”，第11-15列请对照项目具体情况填写具体数字。**

**附件15**

**护理型养老机构建设贷款贴息项目汇总表**

**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** | **申请补助类别** | | | | **类型** | | | | | **建设规模** | | | **申请补助**  **情况** | | | | **县级审批意见** | |
| **新建补助** | **扩建补助** | **自有房屋改建补助** | **租赁用房改建补助** | **养老机构内设护理院** | **专业护理院** | **专业养护院** | **内设分支医疗机构** | **其他** | **建筑面积（平方米）** | **原有床位数（张）** | **新增床位数（张）** | **其中申请贷款资金（万元）** | **贷款年限** | **贷款当月贷款市场报价利率（LPR）** | **建设贷款贴息额（万元）** | **核定贷款资金（万元）** | **核定资助贷款贴息额（万元）** |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** | **18** | **19** | **20** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合计** | | | **个** | **个** |  | **个** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**注：1.此表以县（市、区）为单位逐级统一上报；2.本表第3-11列请对照项目具体情况分别打“√”，第12-20列请对照项目具体情况填写具体数字。**

**附件16**

**院校设立养老服务相关专业奖补汇总表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **院校**  **名称** | **地址** | **法定**  **代表人** | **联系**  **电话** | **上级业务主管单位** | **设立养老服务相关专业时间** | **批准设立养老服务相关专业单位** | **批准**  **文号** | **开始独立**  **招生时间** | **申请**  **补助金额 （万元）** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合计** | **\_\_\_** | **\_\_\_** | **\_\_\_** | **\_\_\_** | **\_\_\_** | **\_\_\_** | **\_\_\_** | **\_\_\_** | **\_\_\_** |  | **\_\_\_** |

**注：此表以县（市、区）为单位统一汇总上报。**

**附件17**

**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** | **第二年度** | **第三年度** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合计** | **\_\_** | **\_\_** | **\_\_\_** | **\_\_\_** | **\_\_\_** | **\_\_\_** | **\_\_\_** | **\_\_\_** | **\_\_\_** | **\_\_\_** | **\_\_** | **\_\_\_** | **\_\_\_** | **\_\_\_** | **\_\_\_** | **\_\_\_** | **\_\_\_** |  |  |  |

**注：此表以县（市、区）为单位统一汇总上报。**

**附件18**

**养老护理员职业技能等级奖补汇总表**

**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** | **参加**  **工作**  **时间** | **现工作机构** | **连续从事护理岗位时间（年数）** | **开始从事护理岗位日期（年月）** | **现养老护理职业技能等级** | | | **取得现职业技能等级证书时间** | **申请养老护理员职业技能等级补助数额（元）** |
| **一级/高级工** | **二级/技师** | **三级/高级技师** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合计** | **\_\_\_** | **\_\_\_** | **\_\_\_** | **\_\_\_** | **\_\_\_** | **\_\_\_** | **\_\_\_** | **\_\_\_** | **\_\_\_** | **\_\_\_** | **\_\_\_** | **\_\_\_** | **\_\_\_** |  |

**注：此表以县（市、区）为单位统一汇总上报。**

|  |
| --- |
| **济宁市民政局办公室 2024年7月20日印发** |