尉氏县民政局

文件

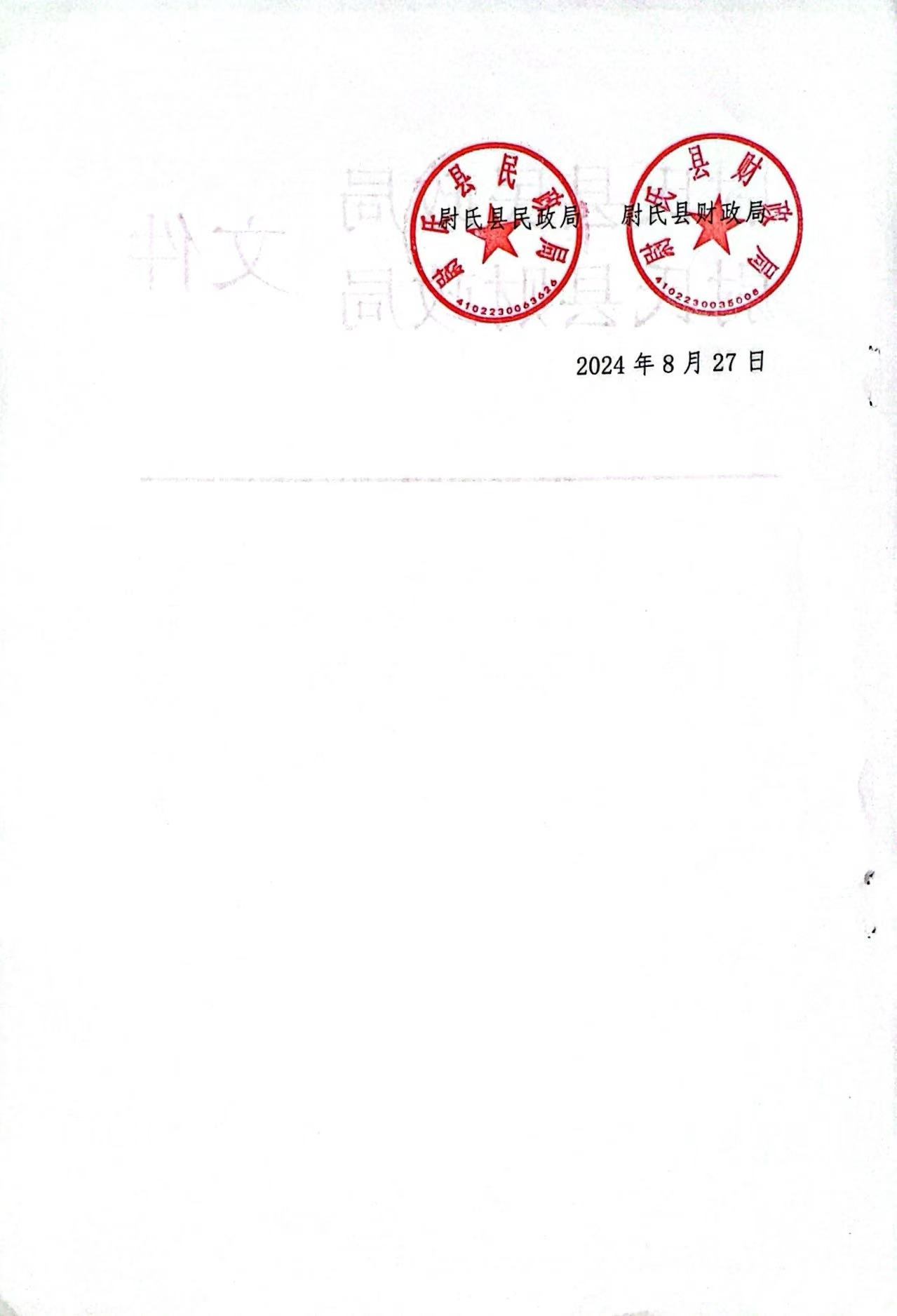
尉氏县财政局

尉民〔2024〕64号

尉氏县民政局 尉氏县财政局

关于印发《尉氏县社会办养老服务机构建设补贴和床位运营补贴实施办法（暂行）》的通知

为认真贯彻落实《中华人民共和国老年人权益保障法》《河南省老年人权益保障条例》《开封市人民政府关于加快推进社会养老服务体系建设的意见》，促进我县社会办养老服务机构健康发展，鼓励和支持社会力量参与养老服务事业，结合我县经济和社会发展实际，现将制定的《尉氏县社会办养老服务机构建设补贴和床位运营补贴实施办法（暂行）》印发，请遵照执行。



尉氏县社会办养老服务机构

建设补贴和床位运营补贴实施办法（暂行）

第一章 总则

第一条 依据《中华人民共和国老年人权益保障法》《河南省老年人权益保障条例》《开封市人民政府关于加快推进社会养老服务体系建设的意见》，为完善社会力量兴办（以下简称社会办）养老服务机构的扶持政策，减轻社会办养老服务机构的建设和运营负担，进一步促进社会办养老服务机构的发展，制定本办法。

第二条 本办法所称社会办养老服务机构是指尉氏县辖区内，由企事业单位、社会组织、个人或其他社会力量投资兴办的养老服务机构（含公建民营），同时，符合下列条件之一的：

1.依法办理养老机构登记（注册）且在民政部门备案。

2.在养老机构设立许可取消前，已经取得养老机构设立许可证且设立许可证在有效期内。

第三条 按照核定的床位数给予建设补贴，补贴标准为自建用房按每张床位2000元的标准（分5年，每年每张床位400元），租赁用房且租用期5年以上的，按每张床位1000元的标准（分5年，每年每张床位200元）。

第四条 床位运营补贴依据养老服务机构入住的尉氏县户籍老年人数量（至少入住3个月）核算，补贴标准为每人每月50元。

第二章 申报条件

第五条 社会办养老服务机构申请建设补贴和床位运营补贴需同时具备以下基本条件：

（一）自觉遵守国家法律法规，依照《中华人民共和国老年人权益保障法》《河南省老年人权益保障条例》等法律法规和标准规范的规定开展服务活动，当年无违法犯罪记录。

（二）法定代表人诚实守信，当年未从事违法犯罪活动，不存在严重的失信行为。

（三）法定代表人严格履行《备案承诺书》的承诺，不存在违反备案承诺的事项。建筑及其设施等符合国家或者行业标准规定的安全生产条件。开展医疗卫生、餐饮等服务的，符合相关法律法规和安全标准。

（四）申请年度内无火灾、食物中毒、人员走失、人身伤害（经司法程序认定机构应承担责任的）等严重责任事故或重大服务纠纷；被核实的服务质量投诉不超过3次。

第六条 社会办养老服务机构申请建设补贴除符合第五条外，还需符合以下条件。

1.申请对象应为新建（改扩建）且其设施符合养老服务设施建设和养老服务质量安全等标准，并经过有关部门检查验收达标。

2.辖区新建或改扩建新增床位在50张以上（含50张）。

第三章 建设补贴申请拨付程序

第七条 建设补贴

（一）符合条件的社会办养老服务机构，每年6月底前向县民政部门提出申请。需提供以下申请材料：

1.法定代表人身份证原件及复印件2份。

2.登记、注册副本原件及复印件2份。

3.设立许可证书或登记备案证书、注册登记副本及复印件2份。

4.《尉氏县社会办养老服务机构建设补贴申请表》2份。

（二）县民政局收到养老服务机构的申报材料后，会同县财政局进行核实，按标准给予补贴，填写《尉氏县社会办养老服务机构建设补贴审核表》《尉氏县社会办养老服务机构建设补贴审批表》。

（三）县民政局每年8月底前将建设补贴资金申请报告报送至县财政局，县财政局按财政资金审批、拨付程序，将补贴资金向养老服务机构拨付。

第四章 床位运营补贴申请拨付程序

第八条 床位运营补贴

（一）符合条件的社会办养老服务机构应当按月向县民政局报送《尉氏县社会办养老服务机构床位运营补贴月统计表》。

县民政、财政部门对养老服务机构报送的运营补贴月统计表核实。

（二）养老服务机构每年6月底前向县民政、财政部门提出补助申请，报送《尉氏县社会办养老服务机构床位运营补贴审批表》及相关材料（1式2份）。

（三）县民政局收到养老服务机构的申请材料后，会同县财政局进行核实，按标准给予补贴。

（四）县民政局每年8月底前将补贴资金申请报告报送县财政局。县财政局按财政资金审批、拨付程序，由县财政局向养老服务机构拨付。

第五章 资金的使用和管理

第九条 财政拨付的建设补贴和床位运营补贴资金只能用于养老机构服务设施改造，购买养老服务生活用品，完善养老服务内容，提高养老服务质量，不得列支养老机构运转经费、工资福利等，任何单位和个人不得挪用、侵占和转移。

第十条 养老服务机构应建立健全财务管理和会计核算制度，对财政补助资金严格按相关会计制度单独进行核算。

第十一条 县民政局及县财政局对补贴资金的使用进行监督管理，组织对养老服务机构进行专项检查，还可以定期委托审计部门或社会审计机构对养老服务机构进行专项审计。

第十二条 养老服务机构有违反本办法第九条规定的，由县民政、财政部门督促限期整改；情节严重的，予以全额追缴，取消补贴资格。

有关单位或个人有虚报、冒领、截留、挪用补助资金等违法行为的，按照有关法律法规处理；构成犯罪的，依法移交司法机关追究其刑事责任。

第十三条 养老服务机构名称、住所或主要负责人变更时，须书面说明变更情况，并上报县民政局备案，按照相关规定办理；对已申请注销的养老服务机构，暂停拨付补贴资金；接受建设补贴的养老服务机构5年内改变用途的，由县民政部门收回已发放的建设补贴及利息，并上交县财政部门。

第六章 其他

第十四条 政府投资建设的“公建民营”类养老服务机构（经县民政局确认，由社会力量采取承包、租赁、合营等方式经营政府建设的福利性、非营利性的养老服务机构）面向社会收住老人的，不享受建设补贴，按社会办养老服务机构标准及相应程序享受床位运营补贴。

第十五条 本办法由县民政局、县财政局负责解释。

附件：

1.尉氏县社会办养老服务机构建设补贴申请表

2.尉氏县社会办养老服务机构建设补贴审核表

3.尉氏县社会办养老服务机构建设补贴审批表

4.尉氏县社会办养老服务机构床位运营补贴审批表

5.尉氏县社会办养老服务机构床位运营补贴月统计表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件1 | | | | | | | | | | | | |
| 尉氏县社会办养老服务机构建设补贴申请表 | | | | | | | | | | | | |
| 机构名称 |  | | | | | | | | 法人代表 | | |  |
| 地 址 |  | | | | | | | | 核定床位数 | | |  |
| 占地面积 |  | | | 建筑面积 | |  | | | 投资总额 | | |  |
| 电 话 |  | | | 机构备案号（设立许可证编号） | |  | | | 民非证号（工商注册号） | | |  |
|
| 员工概况 | | | | | | | | | | | | |
| 员工总数 | |  | | | 管理人员数 | | |  | | 医技人数 |  | |
| 护理员数 | |  | | | 其中持证护理员数 | | |  | | 后 勤 人员数 |  | |
| 床位核算情况 | | | | | | | | | | | | |
| 单人间数 |  | | 双人间数 |  | | | 三人间数 | |  | | 多人间数 |  |
| 房间总数 |  | | 床位总数 |  | | | 床均建筑面积 | |  | | 床均使用面积 |  |
| 本机构承诺以上所附数据资料真实有效，如有不实，愿承担相关法律责任。 | | | | | | | | | | | | |
|
| 法人签名： | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| （法人身份证复印件粘贴处） （单位盖章） | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 尉氏县社会办养老服务机构建设补贴审核表 | | | | | | | |
| 填报单位（盖章）: |  |  |  | | | | |
| 养老机构名称 | |  | | | 机构地址 |  | |
| 新增床位类型 | | 自建口 改建口 扩建口 租用口 | | | 补贴年次 | 年 次 | |
| 新增床位情况 | | | | | | | |
| 序号 | 房间号 | | 房间面积 | 床位数 | 床位平均面积 | | 备注 |
| 1 |  | |  |  |  | |  |
| 2 |  | |  |  |  | |  |
| 3 |  | |  |  |  | |  |
| 4 |  | |  |  |  | |  |
| 5 |  | |  |  |  | |  |
| 6 |  | |  |  |  | |  |
| 7 |  | |  |  |  | |  |
| 合计 |  | | | | | | |
| 经实地查看，以上数据真实有效。 | | | | | | | |
| 经办人（两人以上签名）: | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | |
| 说明：1.单人间使用面积不小于10，双人间使用面积不小于14，三人间不小于18，合居型居室每张床位使用面积不小于5为有效补贴床位。 2.表格不够请自行延续。 | | | | | | | |
| 3.本表中“面积”均为使用面积。 | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件3 | | | | | | | |
| **尉氏县社会办养老服务机构建设补贴审批表** | | | | | | | |
| 审 批 部 门 填 写 | 养老机构基本 情况 | 机构名称 |  | | | 法人代表 |  |
| 地 址 |  | | | 电 话 |  |
| 机构备案号（设立许可证编号） |  | | | 民非证号（工商注册号） |  |
| 银行户名 |  | | | 账 号 |  |
| 新增床位核算情况 | 建设时间 |  | | | 新增建筑面 积 |  |
| 单间数 |  | | | 双人间数 |  |
| 三人间数 |  | | | 多人间数 |  |
| 房间总数 |  | | | 床位总数 |  |
| 补贴资金核算情况 | 新增床位 类 型 | 自建口 改建口 扩建口 租用口 | | | 补贴标准 |  |
|
|
| 补贴年次 | 年 第 次 | | | 入住率 |  |
| 补贴金额 | 大写： |  | | | |
| 县 民政部门意见 | 年 月 日 | | 县 财政部门意见 | 年 月 日 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **尉氏县社会办养老服务机构床位运营补贴审批表** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 养老 机构 基本 情况 | 机构名称 | | | |  | | | | | | | 法人代表 | | |  | | | |
|
| 地 址 | | | |  | | | | | | | 电 话 | | |  | | | |
|
| 机构备案 号（设立 许可证编 号 ) | | | |  | | | | | | | 民非证 号（工商 注册号） | | |  | | | |
| 银行户名 | | | |  | | | | | | | 账 号 | | |  | | | |
| 入住满3 个月的 本县户 籍老人 数 | | | 年 | | | | | | | 年 | | | | | | | | 合计 |
|
| 7  月 | 8  月 | | 9  月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2  月 | | 3月 | 4月 | | 5月 | 6月 |
|  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |
| 县 民 政 部 门 填 写 | 补贴资金核算情况 | | 类型 | | | | 床位运营补贴 | | | | | | | | | | | | |
|
| 补贴标准 | | | | 50元/人/月 | | | | | | | | | | | | |
| 补贴金额 | | | | 大写： | | | | | | | | | | | | |
| 审 核 意 见 | 县 民政部门意见 | | 年 月 日 | | | | | | | | 县 财政部门意见 | | 年 月 日 | | | | | | |
|
|
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **尉氏县社会办养老服务机构床位运营补贴月统计表** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 养老机构名称 | | |  | | | | | | | 法人代表 | | |  | | 核定床位数 | |  | |
| 机构地址 | | |  | | | | | | | 当月在院老人数 | | |  | | 3个月以上本县户籍老人数 | |  | |
| 入住三个月本县户籍的老人情况 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 姓名 | | | 身份证号 | | | 房间号 | | 床位号 | 入住日期 | | 离院日期 | | 交费票据号码 | | 监护人电话 | | 备注 |
|  |  | | |  | | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | | |  | | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | | |  | | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | | |  | | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | | |  | | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | | |  | | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | | |  | | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | | |  | | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | | |  | | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 补贴资金核算情况 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 补贴总人数 | |  | | | 补贴标准 |  | | 补贴金额 | | | 小写： 大写： | | | | | | | |
| 说明：1.入住老人情况一栏可根据老人数自行延续表格，养老机构每月5号前报送到县民政部门（附老人的身份证、入住协议、缴费收据存根复印件）。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |