**首批长三角异地养老机构申报表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 养　老　机　构　的　基 本 情 况 | | | | | | | | | | | | | |
| 机构名称 | |  | | | | | | 联系电话 | | |  | | |
| 机构地址 | |  | | | | | | 运营主体 | | |  | | |
| 机 构 性 质 | | □公建公营 | | □公建民营  （民非） | | | | □民建民营  （民非） | | | □民建民营  （工商） | | |
| 开业时间 |  | | | | | 建 筑 面 积  (平方米) | |  | | | | |
| 核定床位数 |  | | | | | 空余床位数 | |  | | | | |
| 管理人员 |  | | | | | 护 理 人 员 | |  | | | | |
| 收费标准 | 护理费\_\_\_\_\_\_\_\_\_元/月 | | | | | 床位费\_\_\_\_\_元/月 | | 其他费用\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元/月 | | | | |
| 专业技术人员  配置情况 | 医生\_\_\_\_\_\_\_\_人 | | | | | 护士\_\_\_\_\_\_\_\_人 | | 康复师\_\_\_\_\_\_\_\_人 | | | | |
| 营养师\_\_\_\_\_\_\_人 | | | | 社工\_\_\_\_\_\_\_\_人 | | | 心理咨询师\_\_\_\_\_\_\_\_人 | | | | |
| 国家等级 | □1级 | | | □2级 | □3级 | | | □4级 | | | □5级 | |
| 省市等级 | （可自行填写） | | | | | | | | | | | |
| 医养结合  基本情况 | □与社区卫生服务中心签约 | | | | | □临近二级、三级医院 | | □自持护理院 | | | | □自持护理站 |
| 内设医疗机构 | □卫生所 | | | | □医务室 | | □保健站 | □护理站 | | | □门诊部 |
| 智慧养老 | □养老服务系统 | | | | | □医疗服务系统 | | | □综合服务系统 | | | |
| 其它省部级 以上荣誉 |  | | | | | | | | | | | |
| 申办单位/投资主体基本情况 | | | | | | | | | | | | |
| 名 称 |  | | | | | 地 址 | |  | | | | |
| 负 责 人 |  | | | | | 电 话 | |  | | | | |
| 社会信用代码 |  | | | | | 性 质 | | □个人 □单位 | | | | |
| 三省一市养老协会意见（如协会推荐，需填） | | | | | | | | | | | | | |
| （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 长三角养老协会联合体意见 | | | | | | | | | | | | | |
| （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |

**首批长三角异地养老社区申报表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 养　老　社　区　的　基 本 情 况 | | | | | | | | | | |
| 社区名称 | |  | | | 联系电话 | | | |  | |
| 社区地址 | |  | | | | | | | | |
| 开业时间 |  | | 建 筑 面 积  (平方米) | |  | | | | |
| 入住户数 |  | | 空 余 户 数 | |  | | | | |
| 管理人员 |  | | 护 理 人 员 | |  | | | | |
| 收费标准 | 会员费\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元 | | 服务费\_\_\_\_\_\_\_\_元/月 | | | 其他费用\_\_\_\_\_\_\_\_\_元/月 | | | |
| 专业技术人员  配置情况 | 医生\_\_\_\_\_\_\_\_人 | | 护士\_\_\_\_\_\_\_\_人 | | 康复师\_\_\_\_\_\_\_\_人 | | | | |
| 营养师\_\_\_\_\_\_\_人 | | 社工\_\_\_\_\_\_\_\_人 | | 心理咨询师\_\_\_\_\_\_\_人 | | | | |
| 医养结合  基本情况 | □与社区卫生服务中心签约 | | □临近二级、三级医院 | | □自持护理院 | | | | □自持护理站 |
| 内设医疗机构 | □卫生所 | □医务室 | | □保健站 | | □护理站 | | □门诊部 |
| 申办单位/投资主体基本情况 | | | | | | | | | |
| 名 称 |  | | 地 址 | |  | | | | |
| 负 责 人 |  | | 电 话 | |  | | | | |
| 社会信用代码 |  | | 性 质 | | □个人 □单位 | | | | |
| 三省一市养老协会意见（如协会推荐，需填） | | | | | | | | | | |
| （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 长三角养老协会联合体意见 | | | | | | | | | | |
| （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |

备注1：此表一式二份。申办人（单位）、长三角联合体秘书处各一份存留。

备注2：请申报机构提供养老机构登记营业执照/民办非企业登记证书复印件、全国或区域范围养老机构等级评定证明文件复印件、医养结合服务（有护理院、护理站、内设医疗机构等）复印件、近3年内无任何违法、违规记录及重大安全责任事故承诺书。

备注3：智慧养老一栏，养老服务系统指基于云平台的机构养老综合应用平台，为养老机构提供综合管理服务，包括养老机构运营管理系统、生命体征监测系统、紧急报警系统、人员定位系统等；医疗服务系统指实现养老机构医院的日常运营管理，包括电子病历、医疗服务、义务管理、健康检查服务、疾病诊治、护理服务、大病康复服务以及临终关怀服务。综合服务系统指以一卡通为基础，实现养老机构各种管理、服务的贯穿，每人一卡，一卡走遍整个养老机构。

秘书处联系人：卜潘书

电话：13636621415/021-61090196

邮箱：[bupanshu@zhikuyanglao.com](mailto:bupanshu@zhikuyanglao.com)

秘书处联系人：李元丰

电话：13761020230