附件3

南阳市民办养老机构运营补贴月统计表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 养老机构基本情况 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 机构名称 |  | | | | 法定代表人 | |  | | | | | | | | | | | |
| 地址 |  | | | | 邮政编码 | |  | | | | | | | | | | | |
| 养老机构证号 |  | | | | 民非登记字号 | |  | | | | 卫生许可证号 | | | | | |  | |
| 核定床位数 |  | | | | 当月在院老人数 | |  | | | | 3个月以上老人数 | | | | | |  | |
| 固定电话 |  | | | | 移动电话 | |  | | | | 电子邮件 | | | | | |  | |
| 员工概况 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理人员 |  | | | | 持证人数 | | |  | | 医技人数 | | |  | | 护士人数 | |  | |
| 护理员数 |  | | | | 持证人数 | | |  | | 工勤人数 | | |  | | 员工总数 | |  | |
| 床位情况 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单人间数 |  | | | | 双人间数 | | |  | | 三人间数 | | |  | | 多人间数 | |  | |
| 房间总数 |  | | | | 床位总数 | | |  | | 空置床位 | | |  | | 床位空置率 | |  | |
| 入住三个月本地户籍的老人情况 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 姓名 | | 身份证号 | | | 家庭住址 | | | 房间号 | | | 床位号 | | 入院日期 | | 离院|日期 | 票据号 | 监护人电话 |
| 1 |  | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |  |  |  |
| 2 |  | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |  |  |  |
| 3 |  | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |  |  |  |
| 补贴资金核算 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 补贴床位数 | |  | | 补贴标准 | | | 元/床/月 | | | | | | | | | | | |
| 补贴金额 | | 小写: 大写: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本机构承诺以上及所附数据资料真实有效，并承诺遵守《南阳市民办养老机构财政补贴办法（试行)》，如有不实或违犯有关规定，愿承担相关法律责任  机构法人（签名）-(单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | 民政部门审核意见:  (盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 说明:入住老人情改-栏可根据老人教自行延卖表格养老服务机每月3号前报送到民政部门(附老人的身份证，入驻协议，缴费票据的复印件） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |