新民发［2013］83号

伊犁哈萨克自治州民政局、财政局，各地州（市）民政局、财政局：

为贯彻落实自治区人民政府《关于加快推进社会养老服务体系建设的意见》（新政发〔2012〕87号），完善民办养老机构扶持政策，规范资助民办养老机构的申报、审批行为，进一步促进民办养老机构健康发展，有效提高服务和管理水平，自治区民政厅、财政厅研究制定了《自治区民办养老服务机构资助办法》。现印发给你们，请认真贯彻执行。

自治区民政厅办公室

2013年5月21日印发

自治区民办养老服务机构资助办法

**第一条** 根据自治区人民政府《关于加快推进社会养老服务体系建设的意见》（新政发［2012］87号），为完善民办养老机构扶持政策，规范资助民办养老机构申报、审批行为，进一步促进民办养老机构健康发展，有效提高服务和管理水平，结合实际，制定本办法。

**第二条 资助对象**

在自治区行政区域内，经民政部门依法批准设置，符合民政部颁发的《老年人社会福利机构基本规范》（MZ008-2001），取得《社会福利机构设置批准证书》和《民办非企业单位登记证书》，为老年人提供住宿照料、康复、护理等服务的非营利性民办养老机构；或社会力量采取承包、租赁、合营等方式与政府合作经营“公建民营”类型，取得《事业单位法人证书》的养老机构，纳入资助范围。

在工商部门注册的、营利性养老机构，不享受资助。

**第三条 资助条件**

民办养老机构必须同时符合以下条件方可申请政府资助：

（一）床位在30张以上（含30张），取得县级以上民政部门核发的《社会福利机构设置批准证书》和《民办非企业单位登记证书》；公建民营类养老机构要取得编制部门颁发的《事业单位登记证书》。

（二）机构建设和经营管理须符合《老年人建筑设计规范》和《老年人社会福利机构基本规范》。

（三）开业满6个月以上且继续经营。

（四）入住率达到50%以上。

（五）入住老人及亲属满意率达80%以上。

（六）各项管理制度健全，管理服务规范，账目清晰。

（七）通过民政部门的年度考核和登记机关年检，达到合格或基本合格；申请资助年度内无火灾、食物中毒、人员走失、经司法程序认定机构应承担责任的人身伤害等严重责任事故或3次以上重大服务纠纷。

（八）能够按照民政部门要求开展工作，主动接受民政部门管理。

有下列情况之一的，不予资助：

（一）未经批准，擅自变更机构名称、地址、负责人的；

（二）未经批准，擅自合并，或改为他用的；

（三）年检不合格或逾期不申请办理年检手续的；

（四）入住率达不到50%以上的；

（五）财务账目混乱，不按规定要求报送报表或报表弄虚作假的；

（六）管理服务质量差，入住老人及亲属满意率达不到80%，或一年内有效投诉3次以上的；

（七）违反自治区养老机构基本规范、养老服务行业规定和职业道德，经批评教育不改的。

**第四条 资助项目和标准**

（一）运营补贴

根据养老机构在院住满一个月(含)以上的老年人实际占用床位数，按照每人每月100元的标准给予运营补贴。由自治区财政和当地财政部门各承担50%。

（二）一次性开办补助

2012年10月12日后审批设立，运营6个月以上，入住率达到50%的养老机构，核定床位100张以下的，由当地财政给予一次性开办补助(具体标准由各地自行确定)；核定床位100张(含)以上的，由自治区财政给予每张床位5000元的一次性开办补助。自建养老机构按照50%，30%，20%的比例，分3年拨付；租赁房屋且租期在5年以上的养老机构，按照每年20%的比例，分5年拨付。

凡另址设立的养老机构，按新办养老机构程序申办。

已领取一次性开办补助的民办养老机构，原场所更名或转租他人兴办的，该场所不再享受新建（或租赁经营）一次性开办补助；已领取一次性开办补助的民办养老机构，如原址扩建或择址另建民办养老机构，申请一次性开办补助时，原床位数不再补贴。

**第五条 申报审核程序**

（一）申报提交材料

1．运营补贴

民办养老机构于每年5月15日前向县（市、区）民政局提出运营补贴的书面申请，并提交以下材料（一式3份）：

（1）民办养老机构运营补贴申请报告（附件2）；

（2）《自治区民办养老机构运营补贴申请表》（附件3）；

（3）《社会福利机构设置批准证书》复印件；

（4）《民办非企业单位登记证书》或《事业单位法人登记证书》复印件；

（5）《社会福利机构年检报告书》；

（6）《自治区民办养老机构服务月统计表》（附件1）；

（7）入住老人花名册、身份证复印件；

（8）补贴资金使用计划。

2．一次性开办补助

养老机构于5月15日前向县（市、区）民政局提出一次性开办补助的书面申请，需提交下列材料（一式3份）：

（1）《自治区民办养老机构一次性开办补助申请表》（附件4）；

（2）所涉及的土地产权与使用权证明，以及房屋的立项、验收和产权证明文件或5年以上租赁合同；

（3）个人(法人代表)身份证复印件；

（4）《社会福利机构设置批准证书》复印件（加盖当年年检合格印章）；

（5）《民办非企业单位登记证书》或《事业单位法人登记证书》复印件；

（6）《工程竣工验收报告书》或《租赁房屋合同》；

（7）6个月以上经营情况证明；

（8）补贴资金使用计划。

（二）审核程序

1.各民办养老机构应该按月向县（市、区）民政局报送月报表（附件1），县（市、区）民政局至少每季度对民办养老机构床位数、在院人数核实一次。县（市、区）民政局应当每半年将服务月统计表报送地州民政局。

2.县（市、区）民政局对养老机构资助申报材料予以审核，对具备申报资格，符合申报条件的民办养老机构和“公建民营”类老年人社会福利机构进行实地核查，核实年度服务量。

依据初步核查结果，填报《自治区民办养老机构资助审核汇总表》（附件6），连同申报材料报送地州民政局。

3.地州民政局审查合格的，填报《自治区养老机构资助审核汇总表》（附件6），连同申报材料报自治区民政厅。

4.自治区民政厅负责对民办养老机构和“公建民营”类老年人社会福利机构资助的集中评审。

5.各级民政部门对补助资金申请材料及时归档备查。

**第六条 资金使用和管理**

（一）资助资金可用于以下用途：

1.房屋的新建、改扩建及维修；

2.设施设备的购置；

3.其他有益于改善入住老人生活质量的项目。

（二）资助资金要专款专用，不得挪作他用。属于固定资产的要加强管理，不得擅自改变其基本功能，因故确需变卖转让并改变服务性质的，须经审批该机构的县级以上民政部门的同意，并按变价收入中的比例归还财政。

（三）已享受一次性开办补助，但5年内改变经营性质的民办养老服务机构，民政部门要协调相关部门及时纠正并追回全部资助资金。

（六）被资助机构必须与民政部门签订《自治区养老机构资助资金使用承诺书》（附件5），书面承诺至少要经营3年以上，不得擅自改变机构的社会福利性质，不得开展与老年人社会福利事业无关的业务，否则资助资金如数收回。

**第七条 监督与处罚**

（一）申请机构在申请资助、接受审查、评审时，必须提供真实、有效、完备的数据、资料和凭证，如有弄虚作假、骗取资助的行为，情节严重的，予以全额追缴，并取消下一年度资助申报资格。

（二）对擅自改变养老机构的使用性质，或利用养老机构房产从事核准服务范围以外的其他经营活动的，当地民政、财政部门对已经拨付的资助金予以追回，并终止其享受资助的资格；违反法律的，应依法追究法律责任。

（三）民政部门对资助金的使用进行监督管理。可以组织对受助机构进行专项检查，也可委托审计部门或社会审计机构对受助福利机构进行专项审计。

（四）对在养老机构申办和管理工作中玩忽职守、滥用职权、徇私舞弊、索贿受贿的国家机关工作人员，依法追究其行政责任；构成犯罪的，依法移交司法机关处理。

第八条 各地州（市）可结合本地实际情况参照执行。

本办法下发之日起，《关于支持社会力量举办老年人社会福利机构的意见》(新民发﹝2009﹞52号)中的财政补助“财政贴息补助”取消，“运营经费补贴”按本办法执行。

本办法由自治区民政厅负责解释。

附件：1．自治区民办养老机构服务月统计表；

2．自治区民办养老机构资助资金申请书；

3．自治区民办养老机构运营补贴申请表；

4．自治区民办养老机构一次性开办补助申请表；

5．自治区民办养老机构资助资金使用承诺书；

6．自治区民办养老机构年度资助资金汇总表。

附件1：

**自治区民办养老机构服务月统计表**

        年    月份

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构床位数 | |  | 当月在院人数 | |  | 满1个月人数 |  |
| 序号 | 服务对象姓名 | 身份证号 | 家庭  联系人 | 家庭联  系电话 | 入住时间 | 房间号 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

填报人：          联系电话：         填报时间：         机构(盖章)：

注：1、本表一式三份，县、地民政部门，自治区民政厅各留存一份。

2、机构每月统计，每季度报送县级民政部门，县民政局每季度报上级民政部门。

附件2：

**自治区民办养老机构资助资金申请书**

            　　　　   民政局(厅)：

      年度，本机构恪守社会福利机构管理法规及行业管理制度，诚信经营，服务为本。根据自治区民政厅、财政厅《自治区民办养老机构资助办法》，现申请

     　　　　　　　　　　  (运营补贴、一次性开办补助)：

**一、运营补贴：**

      年度，我机构符合资助条件的服务总量为     人\*月，按补贴标准，申请补贴资金      万元。

**二、一次性开办补助：**

我机构于      年  月  日，经     　　　　         批准设立，核定床位数 　   张，申领第　　　年补助（　　　%）资金     　  万元。

我单位保证所有申报材料符合规定，真实有效，能完整反映本机构建设、服务状况，确保按照规定时间、地点接受核查，并自愿承担由此造成的一切后果。

附：申请提交材料目录。

申请机构(盖章)：

申请时间：

附件3：

**自治区民办养老机构运营补贴申请表**

填报单位（盖章）：                  填报时间：      年  月  日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 基  本  情  况 | | | | |
| 机构名称 |  | | 设立时间 |  |
| 法定代表人 |  | | 身份证号 |  |
| 地    址 |  | | 邮政编码 |  |
| 固定电话 |  | | 移动电话 |  |
| 福利机构证号 |  | | 登记(民非)字号 |  |
| 机构代码证号 |  | | 卫生许可证号 |  |
| 开户银行 |  | | 银行帐号 |  |
| 核定床位数 |  | | 使用床位数 |  |
| 员  工  概  况 | | | | |
| 员工总数 | |  | 持证人数 |  |
| 管理人员 | |  | 持证人数 |  |
| 医技人数 | |  | 持证人数 |  |
| 护士人数 | |  | 持证人数 |  |
| 护理员数 | |  | 持证人数 |  |
| 工勤人数 | |  | 健康证数 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  请  人  数 | | | | | | | | | |
| 1月入住数 |  | 2月入住数 | |  | 3月入住数 |  | | 4月入住数 |  |
| 5月入住数 |  | 6月入住数 | |  | 7月入住数 |  | | 8月入住数 |  |
| 9月入住数 |  | 10月入住数 | |  | 11月入住数 |  | | 12月入住数 |  |
| 合 计 人 数 | |  | |  | 合计金额 | 大写: | | | |
| 本机构承诺以上所附资料及数据真实有效，如有不实，愿承担相关法规之处罚。      承诺人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_    （单位盖章）    　　　年    月    日 | | | | | | | | | |
| 审  核  意  见 | | | | | | | | | |
| 县级民政部门审批意见 | | | 地州民政局审批意见 | | | | 自治区民政厅审批意见 | | |
| 承办人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_    （单位盖章）    　　年    月    日 | | | 承办人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_    （单位盖章）    　　年    月    日 | | | | 承办人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_    （单位盖章）    　　年    月    日 | | |

附件4：

**自治区民办养老机构一次性开办补助申请表**

填报单位（盖章）：                 填报时间：       年   月   日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申办人（单位）基本情况 | | | | | | | | | | |
| 姓名（名称） | |  | | | | | 法定代表人 | |  | |
| 住址（地址） | |  | | | | | 邮政编码 | |  | |
| 固定电话 | |  | | | 移动电话 | |  | | | |
| 营业执照 | |  | | | 注册资本 | |  | | | |
| 申办人身份证号码 | |  | | | 申办人职称 | |  | | | |
| 机 构 基 本 情 况 | | | | | | | | | | |
| 机构名称 | |  | | | | | 法定代表人 | |  | |
| 地  址 | |  | | | | | 邮政编码 | |  | |
| 固定电话 | |  | | | 移动电话 | |  | | | |
| 投资总额 | |  | | | 投资类型 | |  | | | |
| 占地面积 | |  | | | 使用面积 | |  | | | |
| 设计床位数 | |  | | | 核定床位数 | |  | | | |
| 福利机构字号 | |  | | | 登记(民非)字号 | |  | | | |
| 机构代码证号 | |  | | | 卫生许可证号 | |  | | | |
| 收费许可证号 | |  | | | 银行帐号 | |  | | | |
| 员 工 概 况 | | | | | | | | | | |
| 管理人员 |  | | 持证人数 |  | 医护人员 |  | | 持证人数 | |  |
| 护理员数 |  | | 持证人数 |  | 工勤人数 |  | | 员工总数 | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请内容（床位核算） | | | | | |
| 房间总数 |  | | 床位总数 | |  |
| 单人间数 |  | | 双人间数 | |  |
| 三人间数 |  | | 多人间数 | |  |
| 平均床位建筑面积 |  | | 平均床位使用面积 | |  |
| 补贴标准 |  | | 补贴年次 | |  |
| 补贴比例 |  | | 补贴金额 | |  |
| 本机构承诺以上所附资料及数据真实有效，如有不实，愿承担相关法规之处罚。    承诺人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_    （单位盖章）    　　　年    月    日 | | | | | |
| 审  核  意  见 | | | | | |
| 县级民政部门审批意见 | | 地州民政局审批意见 | | 自治区民政厅审批意见 | |
| 承办人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_    （单位盖章）    　　年    月    日 | | 承办人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_    （单位盖章）    　　年    月    日 | | 承办人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_    （单位盖章）    　　年    月    日 | |

 附件5：

**自治区民办养老机构资助资金使用承诺书**

                  ：

                         （机构名称）系民办养老机构，按照《自治区人民政府关于加快推进社会养老服务体系建设的意见》规定，可获得       万元的资金资助。为确保资助资金得到有效、合理地使用，我们作如下承诺：

 一、严格执行民政部门的规章制度；

二、           万元（大写）的资助资金，指定用于房屋的新建、改护建及维修；设施设备的购置；其他有益于改善入住老人生活质量的项目。

三、资助资金的使用管理，单独建账，做到专款专用，决不截留、挤占和挪用；

四、接受民政部门的审计和检查；

五、民办养老机构投入运行后，五年内不得改变养老福利服务性质，确需改变设施服务性质，作非养老福利服务用途的，按资助年度退回资助资金；擅自改变福利设施服务性质的，应当在改变性质的30日内，退回全部资助资金。

因不可抗拒的客观因素改变养老福利设施服务性质的，项目单位提出书面申请，经审批设立民政部门批准，另行处理。

如违反上述承诺，愿承担相应的法律责任。本承诺书自签字之日起生效。

本承诺书为不可撤销之承诺，并一式四份；自治区民政厅、地州民政局、县（市、区）民政局和养老机构各执一份，具有同等效力。

**申办人或单位**：       （签名或盖章）   **法人代表**：       （签名）

年      月      日

附件6：

**自治区民办养老机构年度资助资金汇总表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 | 床位数 | 使用  床位数 | 入住率  （%） | 运营补贴 | | 一次性开办补助 | | | | 总计 | 备注 |
| 累计月人次数 | 金额（元） | 床位数 | 补助年次 | 补助比例 | 金额（元） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填报单位（盖章）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　填报时间：　　　　年　　月　　日