**重庆市渝中区人民政府办公室**

关于印发《重庆市渝中区鼓励社会力量兴办养老服务机构办法》的通知

渝中府办〔2016〕158号

区政府各部门、各街道办事处、各有关单位：

《重庆市渝中区鼓励社会力量兴办养老服务机构办法》已经区政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

重庆市渝中区人民政府办公室

2016年12月1日

（此件公开发布）

重庆市渝中区鼓励社会力量兴办

养老服务机构办法

第一条 为鼓励扶持社会力量投入养老服务事业，加强对社会力量兴办养老服务机构的规范管理，维护老年人合法权益，促进我区养老服务机构的健康发展，按照国务院《关于加快发展养老服务业的意见》、民政部《社会福利机构管理暂行办法》、《关于支持社会力量兴办社会福利机构的意见》、《养老机构设立许可办法》、《养老机构管理办法》以及《重庆市关于加快推进养老服务业发展的意见》、《重庆市社会福利机构管理暂行办法》、《重庆市城乡养老机构服务管理办法》、《重庆市人民政府办公厅关于扶持发展社会办养老机构的意见》、《重庆市养老机构设立许可实施办法》等有关规定，结合我区实际，制定本办法。

第二条 适用本办法规定的社会力量兴办养老服务机构（以下简称养老服务机构），是指获得养老机构设立许可并办理登记，由企事业单位、社会组织及合伙或个体兴办，为老年人提供生活照料、康复护理、文化娱乐等综合性养老服务的养老服务机构。

第三条 养老服务机构依法享受国家、重庆市制定的扶持优惠政策。

第四条 渝中区政府对区民政局认定的符合条件的养老服务机构给予补助。申请补助的养老服务机构每床综合建筑面积须达到25㎡，其中系新办养老服务机构的床位须在30张以上。

（一）新办补助。新办养老服务机构正式运营后可在每年9月向区民政局申请新办补助。

区民政局根据核定的养老服务机构床位数，对以自有产权房屋兴办养老服务机构的，按每张床位4000元的标准给予一次性补助；对租用房屋兴办养老服务机构，租用房屋期限在5年以上（含5年）的，按每张床位2000元的标准给予一次性补助。养老服务机构扩建的，对扩建新增床位按照新办补助相应标准予以补助。

养老服务机构申请新办补助时应提交渝中区社会力量兴办养老服务机构补助申请表、设施设备及用品用具购置方案、预算、实际支出费用原始凭证及复印件各一式两份。租用房屋兴办的，应提交5年以上（含5年）房屋租赁协议或合同。

（二）运营补助。运营养老服务机构可在每季度末申请运营补助。

区民政局根据核定的实际入住老人床位数，按照接收户籍在渝中区的休养老人每月每张床位300元、接收户籍在渝中区的收养老人每月每张床位600元的标准给予补助。

养老服务机构申请运营补助的，应符合下列条件：

1、年度审查和考核合格；

2、入住老人有以下档案资料：入住服务合同、老人身份证与户口簿复印件、老人标准照片、健康检查资料、送养人（监护人）资料及联系方式；

3、每季度抽查服务对象满意率90%以上；

4、缴纳从业人员保险金；

5、购买养老机构责任保险；

6、无重大责任事故和服务纠纷；

7、建立消防、食品安全管理制度；突发安全事件应急预案；

8、检查整改符合要求；

9、符合国家、市、区其他相关规定。

养老服务机构提出申请时须提交下列1至3项资料；区民政局责成整改的养老服务机构，须提交下列1至4项资料：

1、渝中区社会力量兴办养老服务机构补助申请表一式两份；

2、渝中区社会力量兴办养老服务机构入住老人登记表；

3、渝中区社会力量兴办养老服务机构自查报告；

4、整改方案及整改落实情况报告。

区民政局对养老服务机构日常运营实行监管，对日常运营管理符合要求、入住老人情况报送资料和现场查验一致的给予运营补助；对日常运营管理未达到相应要求认为应进行整改的，或拒绝接收收养老人的，取消当月运营补助申报资格，责成养老服务机构进行整改，对其整改期不予补助。区民政局认为需进行装修改造以符合《老年人社会福利机构基本规范》、《老年人建筑设计规范》等规范、标准及其他管理要求的，责成养老服务机构提出装修整改方案，可直接对其运营补助作集中使用安排。

（三）培训补助。鼓励养老服务机构组织从业人员参加市、区民政局组织或委托有资质的专业培训机构开展的养老服务从业人员短期业务培训、职业技能培训和职业道德提升教育，对参加培训的从业人员按每人每年不超过600元的标准给予补助。区民政局可根据培训工作实际需要对培训补助作集中使用安排。

养老服务机构向区民政局申请培训补助时，应提交渝中区社会力量兴办养老服务机构补助申请表，出示从业人员身份证、劳动服务合同、培训合格证书原件、培训费原始凭证并提交以上证件、凭证复印件各一式两份。

（四）其他奖励。养老服务机构获得ISO9001质量管理体系认证的，给予一定奖励。养老服务机构参加市、区主管部门开展的等级评选获评等级的和被确定为示范性的，给予适当奖励。

养老服务机构向区民政局申请奖励时，应提交ISO9001质量管理体系认证证书、市区主管部门评定的等级评选证书或确定的示范性养老服务机构证明材料原件及复印件一式两份。

第五条 区民政局自收到养老服务机构申请材料之日起30日内，按照本办法的规定进行审查、核实，经审核合格的，给予补助。

第六条 养老服务机构有国务院《民办非企业单位登记管理暂行条例》第二十五条第一款、民政部《养老机构管理办法》第三十三条、《重庆市城乡养老机构服务管理办法》第二十六条第一款规定行为之一的，有关部门可取消按本办法给予的扶持优惠措施、追缴上述行为存续期间已减免的相关费用和相应政策补贴。

养老服务机构有违反工作规范和服务标准，年度投诉、举报侵犯服务对象合法权益3次（含）以上，且经调查情况属实；当年发生责任事故，造成社会不良影响；年检、年度考核不合格或者逾期不申请办理年检手续；存在严重安全隐患拒不整改或整改不合格等情形之一的，区民政局取消当年度政府补助。

第七条 本办法自2017年1月1日起施行，由区民政局负责解释。原《重庆市渝中区鼓励社会力量兴办非营利性养老服务机构办法（试行）》（渝中府办〔2012〕193号）同时废止。

附表1

渝中区社会力量兴办养老服务机构补助申请表

**（所属时间： 年 月）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基 本 情 况** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 机构名称 | |  | | | | | | | | 法定代表人 | | |  | | |
| 地 址 | |  | | | | | | | | 邮政编码 | | |  | | |
| 联系电话 | |  | | | | | 电子邮件 | | |  | | | | | |
| 联 系 人 | |  | | | | | 核定床位数 | | |  | | | | | |
| 登记字号 | |  | | | | | 组织机构代码 | | |  | | | | | |
| 银行账号 | |  | | | | | 财务人员证号 | | |  | | | | | |
| **员 工 概 况** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 员工总数 |  | | 持证人数 | |  | | 管理人员 | |  | | | 持证人数 | | |  |
| 医生人数 |  | | 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 内 容** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 运营  补助 | 实际入住老人（人） | | | 补助标准  （元/人） | | 申请补助金额（万元） | | | | | | | | | |
| 月 | | 月 | | | 月 | | | 小计 | |
| Ⅰ类 | |  | 300 | |  | |  | | |  | | |  | |
| Ⅱ类 | |  | 600 | |  | |  | | |  | | |  | |
| 小计 | |  | — | |  | |  | | |  | | |  | |
| 新办  补助 | 申请床位数（张） | | |  | | 补助标准  （元/张） | |  | | | 申请补助金额（万元） | | |  | |
| 培训  补助 | 培训人数（人） | | |  | | 申请补助标准  （元/人） | |  | | | 申请补助  金额（万元） | | |  | |
| 合计 | ¥： （大写： ） | | | | | | | | | | | | | | |
| **声 明**  本机构保证以上及所附数据资料真实有效，如有不实，愿承担相关法律责任。    经办人签名：  法定代表人（主要负责人）签名：  （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **审 批 意 见** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 经办人： 主要领导：  （单位盖章）  分管领导： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附表2 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 渝中区社会力量兴办养老服务机构入住老人登记表 | | | | | | | | | | | |
| **单位名称：（盖章）** | | | | | | | | | | | |
| **序号** | **姓名** | **年龄** | **性别** | **身份证号码** | **户籍地址** | **所属街道** | **入住时间** | **Ⅰ类** | **Ⅱ类** | **备注** | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **合计** | | | | | | | |  |  |  | |
| **注：“Ⅰ类”指**户籍在渝中区的休养老人**；“Ⅱ类”指**户籍在渝中区的收养老人**。请在相应类别内打“√”。** | | | | | | | | | | | |
|  | **经办人：** | |  |  | **审核：** |  |  | **日期： 年 月 日** | | | |

附表3

重庆市渝中区社会力量兴办养老服务机构自查报告

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基 本 情 况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 机构名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 法定代表人 | | | | | | | | | |  | | | |
| 地 址 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 邮政编码 | | | | | | | | | |  | | | |
| 联系电话 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 联 系 人 | | | | | | | | | |  | | | |
| 登记字号 | | | |  | | | | | 核定床位数 | | | | |  | | | | | | | | 入住老人数 | | | | | | | | | |  | | | |
| **自 查 情 况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自查时间 | |  | | | | 自查方式 | | | | |  | | | | 参与人数 | | | | |  | | | | | | | | | 参与比例 | | | | | |  |
| 自  查  内  容 | | 1、是否存在虚假广告宣传 | | | | | | | | | | | | | 是 | | |  | | | | | | 否 | |  | | | | | | 备注 | | |  |
| 2、是否按照协议提供服务 | | | | | | | | | | | | | 是 | | |  | | | | | | 否 | |  | | | | | | 备注 | | |  |
| 3、是否侵害老人合法权益 | | | | | | | | | | | | | 是 | | |  | | | | | | 否 | |  | | | | | | 备注 | | |  |
| 4、老人对机构的综合评价 | | | | | | | | | | | | | 满意 | | |  | | | 基本满意 | | | | | | |  | | | | 不满意 | | |  |
| 5、其他事项 | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | |  | | | |  | | |  |
| 存  在  问  题 | | 1、 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2、 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3、 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4、 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自查结论 | | 非常满意 | | |  | | | 基本满意 | | | | |  | | | | 不满意 | | | | | | | |  | | | | | | 满意率 | | | |  |
| **调查员签名** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | | | 职务 | | | | |  | | | | | 姓名 | | | |  | | | | | | | | 职务 | | | | | |  | | |
| **被调查人签名** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | |
| **本机构承诺以上数据资料属实，如有不实，愿承担相关法律责任。**  经办人： 法定代表人： （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |