附件

**长者照护之家**

**申 请 表**

项目名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_长者照护之家

申请日期： 年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申请人 | 名称 |  （单位或者个人） |
| 联系地址 |   | 邮编 |  |
| 联系人 |  | 电话 |  | 邮箱 |  |
| 申请项目基本情况 | 项目名称 |  | 拟登记法人类型（企业或民办非企业） |  |
| 项目地址 |  | 拟开设床位数（10-49张） |  |
| 用房类型 | □公建配套用房□商业用房□办公用房□工业用房□其他  | 房屋权属 | □自有产权房□使用权房□租赁房□其他  |
| 有无房产证 | □ 有□ 无 | 有无独立出入口 | □ 有□ 无 |
| 房屋产权所属单位 |  | 租赁期限（租赁项目填写） |  年 |
| 建筑面积（平方米） |  | 使用面积（平方米） |  |
| 投资总额（万元） |  | 就餐解决方式 | □内设小型食堂□资质机构送餐 |
| 消防安全 | 1000平方米以下：□消防备案凭证 □消防验收报告 |
| 1000平方米以上：□消防验收报告 |
| 拟收住老人身体状况及占比 | 轻度失能老年人数量（ ），占比（ %） |
| 中度失能老年人数量（ ），占比（ %） |
| 重度失能老年人数量（ ），占比（ %） |
| 床位功能划分及占比 | 全托床位数量（ ），占比（ %） |
| 临托床位数量（ ），占比（ %） |
| 运营方机构名称 |  | 运营方法定代表人（主要负责人） |  |
| 服务内容 | □1.住宿服务 □2.个人生活照料服务 □3.护理服务□4.膳食服务 □5.安全保护服务 □6.清洁服务□7.洗衣服务 □8.休闲娱乐服务 □9.保健服务□10.心理慰藉服务 （必选项） |
| □11.交通服务 □12.陪同就医服务 □13.代办服务□14.教育服务 □15.协助医疗康复护理服务□16.通讯服务 □17.临托服务□18.日间生活照料服务 □19.日间护理服务□20.日间康复服务 □21.居家生活照料服务□22.居家护理服务 □23.居家康复服务□24.其他特色服务 （可选项） |
| 承诺 | 本人（单位）保证提交的申请材料内容真实，如有虚假，愿承担由此造成的法律后果。申请人：（签名/盖章） 年 月 日 |
| 街镇意见 |  |
| 区民政局 |  |