附件1

苏州市区长期护理保险定点护理服务机构

申请表（居家护理机构）

申请单位：

申请时间：

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 参保单位编号 |  | 所有制性质 | 公立□民 营□ |
| 经营性质 | 营利□非营利□ |
| 法定代表人 |  | 身份证号 |  | 机构类型 | 医 疗 机 构 构养老服务机构□ |
| 单位开户银行及账号 |  |
| 申请证照 | 证照类型 | 证照号码 | 审批部门 |
| 营业执照 □ |  |  |
| 民办非企业登记证书 □ |  |  |
| 养老机构设立许可证（备案） □ |  |  |
| 医疗机构执业许可证 □ |  |  |
| 其他 □ |  |  |
| 服务场所情况 | 服务场所性质 | 服务场所面积 |
| 自有□租赁□ | 建筑面积 |  |
| 租期 |  | 营业面积 |  |
| 护理服务站点情况 | 已在苏州市区（含姑苏区、高新区、吴中区、相城区、工业园区、吴江区）合计设立的已开展服务的服务站点个数： 个，其中护理站 个 |
| 计算机设备数量 | 其中服务器 台、PC机 台、打印机 台、刷卡机 台、防火墙 台 |
| 业务管理部门 | 主要负责人 |  | 联系电话 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 信息管理部门 | 主要负责人 |  | 联系电话 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 人员构成 | 职工总数 | 社保参保人数 | 劳动合同签订人数 | 劳务派遣人数 | 返聘或劳务协议人数 | 其他 | 合计 |
|  |  |  |  |  |  |
| 执业医师 | 共 人，其中：高级职称 人、中级职称 人、初级职称 人 |
| 执业护士 | 共 人，其中：高级职称 人、中级职称 人、初级职称 人 |
| 护理员 | 共 人，其中：养老护理员 人、医疗护理员 人、其它 人 |
| 其他人员 | 共 人 |
| 申请单位承诺盖章 |   承诺本单位自查符合苏州市区长期护理保险定点护理服务机构申请条件，自愿承担苏州市区长期护理保险有关业务，申请成为长期护理保险定点护理服务机构，并承诺提供的所有材料真实、完整、有效。如承诺的内容和材料与事实不符，愿接受医疗保险经办机构解除服务协议、追缴相关护理保险费用等处理，并承担由此造成的一切后果。申请单位印章： 法定代表人签字： 年 月 日 |

**申请说明**

一、申请提交事项

1.该表（含3个附表）填写，要求字迹工整清楚，内容真实。

2.申请机构提交本申请表时，需一并提交：营业执照或事业单位法人证或民办非企业单位登记证，医疗机构执业许可证或养老机构设立许可证（备案）或其它相关行政部门颁发的养老或护理服务的资质证明。

 二、现场核查事项

申请机构应据实备好下列材料供现场核查：

1.护理服务人员劳动合同、聘用合同、资质证书、培训合格证等原件；

2.业务用房产权证明或租赁合同原件及复印件；

3.机构服务能力及系统设施介绍资料；

4.各项管理制度;

5.已提供服务的服务项目清单；

6.长护险服务经验的相关证明材料；

7.最近一年内由第三方作出的财务审计报告；

8.《江苏省社会法人信用信息查询报告》原件（可至苏州市公共信用信息服务平台大厅查询）；

 9.《苏州市区居家护理机构申请纳入长期护理保险协议管理的评分标准

》中涉及本机构得分的其它有关材料。

 三、服务方案事项

《评分标准》中的服务方案具体材料提供时间和地点另行通知。

备注：上述材料均需加盖申请单位公章。

附表1

苏州市区长护险定点护理机构全部工作人员名册

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 岗位 | 合同类型 | 是否全职 | 劳动合同(劳务协议)期限 | 参保个人编号 | 参保区划 | 参保状态 |
| 1 |  |  |  |  |  |  | 自 年 月 日至 年 月 日 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  | 自 年 月 日至 年 月 日 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  | 自 年 月 日至 年 月 日 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  | 自 年 月 日至 年 月 日 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  | 自 年 月 日至 年 月 日 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  | 自 年 月 日至 年 月 日 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  | 自 年 月 日至 年 月 日 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  | 自 年 月 日至 年 月 日 |  |  |  |

填写说明：

1、岗位类别：医生、护士、医疗护理员、养老护理员、管理人员、其他（请列明具体岗位）。

2、参保状态：在职、退休

单位名称（盖章）： 申报时间： 年 月 日

附表2

苏州市区长护险定点护理机构护理服务和计算机设备清单

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 型号 | 数量 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |

单位名称（盖章）： 申报时间： 年 月 日

附表3

苏州市区长护险定点护理机构居家护理服务站点情况表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 站点名称 | 地址 | 行政区划 | 站点负责人 | 站点联系电话 | 已开展服务对象人数 | 护理员人数 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 | —— | —— |  |  |  |  |  |

 备注：请按行政区划姑苏区、高新区、吴中区、相城区、工业园区、吴江区顺序集中填写。

单位名称（盖章）： 申报时间： 年 月 日