

**机构基本信息**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 社会统一 |  |  |  |  | 养老机构设立许可证书编号 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | （2018 年 12 月 29 日前运营且许可证在 |  |  |  |  |  |
| 信用代码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 有效期内的养老机构填写此栏） |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 登记属性 | **□**事业单位 | **□**民办非企业 | **□**企业 |  | **□**其他 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 机构地址 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 邮编 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 法定代表 |  |  |  | 办公电话 |  |  |  |  |  |  | 手机 |  |  |  |
| （负责人） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| E-mail |  |  |  | 传真 |  |  |  |  |  |  | 备注 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 养老机构从业人员情况（提供花名册）： |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 工作人员总数 |  | 人 | 管理人员 |  |  | 人 | 专业技术人员 |  | 人 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 养老护理员 |  |  |  | 人 | 后勤服务人员 |  | 人 |  |  |  |  |  |  |  |
| 高级职称 |  |  |  | 人 | 中级职称 |  |  | 人 | 初级职称 |  | 人 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 核定总床位数： |  |  |  |  |  | 目前在院老人数： |  |  |  | 入住率： |  |  | % |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 其中：**□**重度失能老人人数： |  |  |  |  |  | **□**中度失能老人人数： |  |  |  |  |  |
|  |  | **□**轻度失能老人人数： |  |  |  |  |  | **□**自理老人人数： |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 养老机构规模、设施： |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 占地面积 |  |  | 平方米 | 建筑面积 |  |  |  | 平方米 |  |  |  |  |  |
| 由 |  | 栋楼（院）组成 |  |  | 每床平均建筑面积 | 平方米 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 绿地率 |  | % |  |  | 居室总数 |  |  | 间 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 正式运营时间： |  |  | 年 | 月 |  |  | 最近一次自评时间： | 年 |  |  | 月 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

在申请评定前三年内是否受到行政处罚或发生过质量、环境、职业健康安全、消防及食品安全等事故？

**□**否

**□**是，如选择此项，请简述有关情况：



**应附文件和资料**

国家标准《养老机构等级划分与评定》（GB/T37276-2018）第 5 条规定的基本要求与条件所需证明材料

**根据我机构自评的情况，现申请广西壮族自治区养老机构等级评定，申请级别为：\_\_\_\_\_级**

**声明：我机构已按照《〈养老机构等级划分与评定〉国家标准实施指南（试行）》进行自评，申请资料表格中的各项数据客观真实。**

法定代表人签字： 养老机构（盖章）

年 月 日

**县（区）民政部门推荐意见：**

经对申报材料审核，认为 符合《养老机构等级划分与评定》



规定的基本要求和条件，材料属实，且无任何违规违法行为，同意推荐该机构参加\_\_\_\_\_级养老机构等级评定。

核查人员：

（单位盖章）

年 月 日

**设区市级民政部门推荐意见：**

* 同意推荐该机构参加\_\_ \_\_\_级养老机构等级评定。
* 不同意推荐该机构参加\_\_\_\_\_级养老机构等级评价，理由如下：

核查人员：

（单位盖章）

年 月 日

备注：1.此表由养老机构填写完毕后交与当地民政部门填写推荐意见后汇总上报。

2.此表民政部门需填写推荐意见并盖章后方才有效。