附件1

护理型养老机构省级一次性建设补助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 养老机构填写 | 项目名称 |  | | | | 项目地址 | | |  | | | | |
| 申请补助类别 | 新建补助□ 扩建补助□ 自有房屋改建补助□ 租赁房屋改建补助□ | | | | | | | | | | | |
| 项目类型 | 养老机构内设护理院□ 专业护理院□ 专业养护院□  内设分支医疗机构□ 其他□ | | | | | | | | | | | |
| 用地方式 | 划拨土地建设□ 出让土地建设□ 租赁土地建设□ 集体土地建设□ | | | | | | | | | | | |
| 建设进度 | 投入使用□ | | | | | | | | | | | |
| 建筑面积  （平方米） |  | | | 原有床位数  （张） | | |  | | 新增床位数  （张） | | |  |
| 投资规模  （万元） |  | | | 申请省级补助  资金数（万元） | | |  | | 申请省级资助床位数（张） | | |  |
| **以下已投入使用项目填写** | | | | | | | | | | | | |
| 法人登记证书编号 | |  | | | | 机构许可（备案回执）编号 | | | |  | | |
| 法人代表姓名 | |  | | | | 手机 | | | |  | | |
| **以下已开工建设项目填写** | | | | | | | | | | | | |
| 立项批复（备案）文号 | | |  | | 施工许可证编号 | | | | | |  | |
| 项目举办单位 | | |  | | 项目举办单位法人及联系电话 | | | | | |  | |
| 项目举办单位负责人填写 | 本人郑重声明以上信息完全真实。如能获得资助资金，本人承诺将用于规定用途、5年内不退出养老行业。如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。  法人代表签字（加盖单位公章）： 申请时间： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 县级民政部门审核意见 | 经审查，该单位系新建□/扩建□/自有房屋改建补助□/租赁用房改建项目□，新增床位 张，符合资助条件，建议资助 万元。  以上信息属实，如有虚假，本人自愿承担法律责任。  县级民政部门核查人签字：   县级民政部门负责人签字（加盖单位公章）   年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
|
| 市级民政部门审批意见 | 经复审，该单位系新建□/扩建□/自有房屋改建补助□/租赁用房改建项目□，新增床位 张，符合资助条件，核定资助 万元。  市级民政部门核查人签字：   市级民政部门负责人签字（加盖单位公章）   年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
|

注:1.市级项目不需填写县级民政部门填写审核意见。2.此表一式四份（市级项目两份），由县、市民政主管业务科（处）室存档。

附件2

特困人员供养设施（敬老院）省级一次性建设补助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 养老机构填写 | 项目名称 |  | | | | 项目地址 | | |  | | | | |
| 申请补助类别  （根据实际情况选择填写） | 新建补助□ | | | | 护理型床位张数（张） | | |  | 投资总额（万元） | | |  |
| 扩建补助□ | | | | 护理型床位张数（张） | | |  | 投资总额（万元） | | |  |
| 改造提升补助□ | | | | 护理型床位张数（张） | | |  | 投资总额（万元） | | |  |
| 是否纳入省级三年改造提升项目库 | | | | | 是□ 否□ | | | | | | | |
| 用地方式 | | 划拨土地建设□ 出让土地建设□  租赁土地建设□ 现有土地建设□ | | | | | | | | | | |
| 建设进度 | | 开工建设□ 投入使用□ | | | | | | | | | | |
| 建筑面积  （平方米） | |  | | 申请省级补助 | | |  | | 申请省级资助床位数（张） | |  | |
| 资金数（万元） | | |
| **以下已投入使用项目填写** | | | | | | | | | | | | |
| 法人登记证书编号 | | |  | | | 机构备案回执编号 | | | |  | | |
| 法定代表人姓名 | | |  | | | 手机 | | | |  | | |
| 项目举办单位负责人填写 | 本人郑重声明以上信息完全真实。如能获得资助资金，本人承诺将用于规定用途。 如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。  法人代表签字（加盖单位公章）： 申请时间： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
|
| 县级民政部门审核意见 | 经审查，该单位系新建项目□/扩建项目□/改造提升项目□，护理型床位 张，符合资助条件，建议资助 万元。  以上信息属实，如有虚假，本人自愿承担法律责任。  县级民政部门核查人签字：  县级民政部门负责人签字（加盖单位公章）：   年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
|
|
| 市级民政部门审批意见 | 经复审，该单位系新建项目□/扩建项目□/改造提升项目□，护理型床位 张，符合资助条件，核定资助 万元。  市级民政部门核查人签字：  市级民政部门负责人签字（加盖单位公章）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
|
|
|
| 注:此表一式四份（市级项目两份），由县、市民政部门主管业务科处存档。 | | | | | | | | | | | | | |

附件3

养老机构省级运营奖补申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 养老机构（实际运营方）填写 | 机构名称 |  | 地址 |  | | |
| 法人登记  证书编号 |  | 机构许可  （备案回执）编号 | |  | |
| 开始运营时间 | 年 月 日 | 机构负责人  姓名 |  | 联系电话 |  |
| 运营方式 | 民建民营□ 公办养老机构委托运营□ | | | 评定等级 |  |
| 公办养老机构 委托运营实际 运营方名称 |  | 公办养老机构委托运营方法人代表 |  | 机构床位数  （张） |  |
| 申请运营  补助人数  （人） |  | 半自理（中度失能）老人（人） |  | 完全不能自理  （重度失能）  老年人（人） |  |
| 申请省级补助资金（万元） | |  | | | |
| 本人郑重声明以上信息完全真实。如能获得资助资金，本人承诺将用于规定用途。如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。   机构(实际运营方）法人代表签字（加盖单位公章）： 年 月 日 | | | | | |
| 县级民政部门审核意见 | 经审查， 年度该机构入住老人 人，其中半自理（中度失能）老人 人，完全不能自理（重度失能）老人 人，入住老年人满意率 %，符合资助条件，建议资助 万元。 以上信息属实，如有虚假，本人自愿承担法律责任。  县级民政部门核查人签字：  县级民政部门负责人签字（加盖单位公章）    年 月 日 | | | | | |
| 市级民政部门审批意见 | 经复审， 年度该机构入住自理老人 人，半自理老人 人，不能自理老人 人，符合资助条件，核定资助 万元。  市级民政部门核查人签字：  市级民政部门负责人签字（加盖单位公章）     年 月 日 | | | | | |

注:1.市级项目不需填写县级民政部门审核意见栏。2.此表一式四份（市级项目两份），由县、市民政部门主管业务科（处）室存档。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件4 | | |  | | |  | |  |  | | |  | | |  | |
| 社区老年人日间照料中心、农村幸福院省级运营奖补申请表 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 日间照料设施实际运营方填写 | | 项目名称 | | |  | | | | 地址 | | | |  | | | |
| 类别 | | | 社区日间照料中心□ 农村幸福院□ | | | | | | | | 评定等级 | | |  |
| 建设规模 （平方米） | | |  | | 设置床位数 （张） | | | |  | | 建设投资总额  （万元） | | |  |
|
| 兴办主体 | | | 政府（街道）建□ 社会建□ 政府与社会合资合作建□ | | | | | | | | | | | |
| 运营方式 | | | 公建公营□ 民建民营□ 委托运营□ | | | | | | | | | | | |
| 省级是否已给予一次性建设补助 | | | | | | | 是□ 给予补助时间 年 | | | | | | 否□ | |
| **基本运营情况** | | | | | | | | | | | | | | |
| 运营单位 | | | |  | | | 运营单位法人  代表及联系电话 | | |  | | | | |
| 协议运营年限 | | | |  | | | 开始运营时间 | | |  | | | | |
| 申请补助资金额度 | | | | 万元 | | | | | | | | | | |
| 本人郑重声明以上信息完全真实。如能获得资助资金，本人承诺将用于规定用途，绝不挪作他用。如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代表人签字（加盖单位公章）： | | | | | | | 申请时间： 年 月 日 | | | | | | | |
| 县级民政部门审核审批意见 | | 经审查，该中心符合资助条件，给予日间照料设施运营奖补 万元。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 县级民政部门核查人签字： | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 县级民政部门负责人签字（加盖单位公章）: | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 注:此表一式四份，分别由县、市民政部门主管业务科（处）室存档。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 附件5 | | |  | | |  | |  |  | | |  | | |  | |
| 院校设立养老服务相关专业省级奖补申请表 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 院校名称 | | |  | | | | | | 院校所在地址 | | | |  | | | |
| 院校法人代表 | | |  | | | | | | 联系电话 | | | |  | | | |
| 院校上级业务主管单位 | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 院校设立养老服务相关专业时间 | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 批准院校设立养老服务相关专业单位 | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 批准院校设立养老服务相关专业文号 | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 开始独立招生时间 | | | | | | | | | 年 月 | | | | | | | |
| 申请省级补助数额（万元） | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| **独立招生以来分年度养老服务相关专业实际招生规模** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年度 | | | 人 | | | | | | 年度 | | | | 人 | | | |
|  | | |  | | | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | | | |  | | | |  | | | |
| **注：**本表由相关院校据实填写，一式两份，由省民政厅、财政厅业务主管处室分别存档。 | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件6 | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | | | | |  | | |
| 大中专毕业生入职养老服务一次性奖补申请表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | | |  | | | | 性别 | | | |  | | | 出生年月 | | | | | | | 年 月 | | |
| 身份证号码 | | |  | | | | | | | | | | | 户籍所在地 | | | | | | |  | | |
| 毕业院校 | | |  | | | | 毕业证书编号 | | | |  | | | 工作岗位 | | | | | | |  | | |
| 全日制学历 | | | 中职□ 技工院校□ 专科（高职）□  大学本科□ 硕士研究生及以上□ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 全日制院校毕业时间 | | | 年 月 | | | | | | | | 参加工作时间 | | | | | | | | | | 年 月 | | |
| 现工作机构 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 与现工作机构签订劳动合同时间 | | | | | | | | | | | | | | | | 年 月 | | | | | | | |
| 在本机构连续工作年限 | | | | | | | | 年 | | | | | 本次申请年度 | | | | | 第 年 | | | | | |
| 本次申请数额（万元） | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 本人郑重声明以上信息完全真实，此前未享受过省级大中专毕业生入职养老服务一次性奖补。如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请人签字： | | | | | | | | | | | 申请时间： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 经审查，该同志符合资助条件，建议给予入职补助 万元。    所在机构负责人签字（加盖单位公章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 县级民政部门审核意见 | | 经核实，该同志符合资助条件，建议给予大中专毕业生入职养老服务奖补 万元。  县级民政部门核查人签字：  县级民政部门负责人签字（加盖单位公章）    年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注:此表一式两份，由县级民政部门主管业务科（处）室存档。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 附件7 | | | |  | | | | |  | |  | | | | |  | | | | | |  | |
| 养老护理员职业技能等级省级补助申请表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | | | |  | | | | | 性别 | |  | | | 出生年月 | | | | | | | 年 月 | | |
| 身份号码 | | | |  | | | | | | | | | | 户籍所在地 | | | | | | |  | | |
| 参加工作时间 | | | | 年 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在养老机构名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 开始从事养老  护理岗位时间 | | | | 年 月 | | | | | | | 连续从事养老  护理岗位时间 | | | | | | | 年 个月 | | | | | |
| 是否曾经领取岗位技能补贴 | | | | □否 | | | | □是 领取年度 年 金额 万元 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 现养老护理员职业技能等级 | | | | | | | | 一级/高级工□ 二级/技师□ 三级/高级技师□ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 技能等级证书编号 | | | | |  | | | 取得现技能等级证书时间 | | | | | | | | | | | 年 月 | | | | |
| 申请省级养老护理员技能等级补助数额 （万元） | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 本人郑重声明以上信息完全真实。如以上信息不属实，本人自愿承担法律责任。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请人签字： | | | | | | | | | | | 申请时间： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 经审查，该同志符合资助条件，建议给予养老护理员职业技能等级补助 万元。      所在机构负责人签字（加盖单位公章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注:此表一式两份，由县级民政部门主管业务科室存档。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |

附件8

护理型养老机构省级一次性建设补助项目汇总表

民政局、财政局（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 机构名称 | 项目地址 | 申请补助类别 | | | | 类型 | | | | | 用地方式 | | | | 建设进度 | | 建设规模 | | | 投资规模 | | | 县级初审意见 | | 市级审批意见 | | |
| 新建补助 | 扩建补助 | 自有房屋改建补助 | 租赁用房改建补助 | 养老机构内设护理院 | 专业护理院 | 专业养护院 | 内设分支医疗机构 | 其他 | 划拨土地建设 | 自有土地建设 | 租赁土地建设 | 集体经济土地建设 | 开工建设 | 投入使用 | 建筑面积（平方米） | 原有床位数（张） | 新增床位数（张） | 项目总投入（万元） | 申请补助  情况 | | 核定资助床位数（张） | 建议资助资金（万元） | 核定资助床位数（张） | 核定资助资金（万元） |
| 其中申请省级补助资金（万元） | 申请省级补助床位数(张 ) |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 | | | 个 | 个 |  | 个 |  |  |  |  |  | 个 | 个 |  |  |  | 个 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1.此表以县（市、区）、市为单位逐级统一上报；2.本表第3-17列请对照项目具体情况分别打“√”，第18-25列请对照项目具体情况填写具体数字。

附件9

特困人员供养设施（敬老院）省级一次性建设补助项目汇总表

民政局、财政局（盖章） 填报时间： 年 月

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 机构名称 | 项目地址 | 是否纳入省级三年改造提升项目库 | | 补助类别 | | | 建设规模 | | | | | | 投资规模 | | | | | | 建设  进度 | | | 县级初审情况 | | | | | 市级审批情况 | | | | |
|
| 是 | 否 | 新建补助 | 扩建补助 | 改造提升补助 | | 建筑面积（平方米） | 护理型床位数（张） | | | | | 项目总投入（万元） | 申请补助情况 | | | | | 开工建设 | 投入使用 | | 核定资助新建护理型床位数(张) | 核定资助扩建护理型床位数(张) | 核定资助改造提升护理型床位数(张) | 核定资助资金（万元） | | 核定资助新建护理型床位数(张) | 核定资助扩建护理型床位数(张) | 核定资助改造提升护理型床位数(张) | 核定资助资金（万元） | |
| 原有床位数 | 新建床位数 | 扩建床位数 | 改造床位数 | | 其中申请省级补助资金（万元） | 申请省级补助新建护理型床位数(张) | 申请省级补助扩建护理型床位数(张) | 申请省级补助改造提升护理型床位数(张) | |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | | 18 | 19 | | 20 | 21 | 22 | 23 | | 24 | 25 | 26 | 27 | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |
| 合计 | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |

注：1.此表以县（市、区）、市为单位逐级统一上报；2.本表第3-7列、18-19列请对照项目具体情况分别打“√”，其余项请据实填报。

附件10

养老机构省级运营奖补项目汇总表

民政局、财政局（盖章） 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 机构名称 | 养老机构设立许可证书编号 | 机构运营时间 | 运营方式 | | | 机构床位数（张） | 机构申请补助情况 | | | | | 县级初审情况 | | | | | | 市级审批情况 | | | | |
| 民建民营 | 公办养老机构委托运营 |  | 申请运营补助人数（人） |  | | | 申请省级补助资金数（万元） | 核定补助人数（人） |  | | | 入住老年人满意率% | 县级建议资助资金（万元） | 核定补助人数（人） |  | | | 市级核定资助资金  （万元） |
| 实 际 运 营 方 名 称 | 其中自理老人数（人） | 半自理（轻度和中度失能）老人数（人） | 完全不能自理（重度失能）老人数（人） | 其中自理老人数（人） | 半自理（轻度和中度失能）老人数（人） | 完全不能自理（重度失能）老人数（人） | 其中自理老人数（人） | 半自理（轻度和中度失能）老人数（人） | 完全不能自理（重度失能）老人数（人） |
|  |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
|  |  |  | 年 月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 | |  | \_\_\_ | 个 | 个 | \_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1.此表以县（市、区）和市为单位逐级统一上报;2.本表第3-4列请对照项目具体情况分别打“√”，第6-22列请对照项目具体情况填写具体数字。

附件11

社区老年人日间照料中心、农村幸福院省级运营奖补项目汇总表

民政局、财政局（盖章） 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 地址 | 类别 | | 评定等级 | | | | | 建设规模（平方米） | 设置床位（张） | 建设投资总额（万元） | 兴办主体 | | | 运营方式 | | | 运营主体 | 运营 时间 | 县级确定补助资金（万元） |
| 社区老年人日间照料中心 | 农村幸福院 | 一星 | 二星 | 三星 | 四星 | 五星 | 政府（街道）建 | 社会建 | 政府与社会合资合作建 | 公建公营 | 民建民营 | 委托运营 |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1.此表以县（市、区）和市为单位逐级统一汇总上报；2.本表第3-9列、13-18列请对照项目具体情况分别打“√”，其余项请据实填报。

附件12

院校设立养老服务相关专业省级奖补汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 院校  名称 | 地址 | 法定  代表人 | 联系  电话 | 上级业务主管单位 | 设立养老服务相关专业时间 | 批准设立养老服务相关专业单位 | 批准文号 | 开始独立招生时间 | 申请省级补助金额 （万元） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件13

大中专毕业生入职养老服务一次性奖补汇总表

民政局、财政局（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 身份证号码 | 户籍  所在地 | 毕业院校 | 毕业时间 | 毕业  证书  编号 | 学历 | | | | 参加工作时间 | 现工作机构名称 | 入职本养老机构时间（年月） | 与现工作机构签订劳动合同时间（年月） | 在本机构连续工作年限 | 申请大学生入职养老服务补助数额（元） | | |
| 中职  （技工院校） | 专科  （高职） | 本科 | 硕士研究生及以上 | 第一年度 | 第二年度 | 第三年度 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ |  |  | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ |  | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ |  |  |  |

注：此表以县（市、区）和市为单位逐级统一上报。

附件14

养老护理员职业技能等级省级奖补汇总表

民政局、财政局（盖章） 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 出生  年月 | 身份证  号码 | 户籍  所在地 | 参加  工作  时间 | 现工作机构 | 连续从事护理岗位时间（年数） | 开始从事护理岗位日期（年月） | 现养老护理职业技能等级 | | | 取得现职业技能等级证书时间 | 申请省级养老护理员职业技能等级补助数额（元） |
| 一级/高级工 | 二级/技师 | 三级/高级技师 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ |  | \_\_\_ | \_\_\_ |  |

注：此表以县（市、区）和市为单位逐级统一上报。