附 件

上饶市长期护理保险

定点护理服务机构申请书

申请单位

申请时间

上饶市医疗保障局印制填 写 说 明

一、本表用钢笔填写，要求字迹工整清楚，内容真实。

二、表一表二所有申请单位都需填写。

三、申请单位提交本申请表时，需要附加以下材料：

1、养老服务机构提供《养老机构设立许可证》副本，2019年1月后新设置的养老机构提供民政部门备案手续；《营业执照》副本原件；内设医务室《医疗机构执业许可证》或与医疗机构长期合作协议；

2、医疗机构提供《医疗机构执业许可证》副本；非营利性医疗机构还应提供《事业单位法人证书》副本；营利性医疗机构还应提供《营业执照》或者《民办非企业单位登记证书》副本；长期专护病房设置情况材料；

3、提供基本生活照料上门服务的其他服务机构应提供《营业执照》或《民办非企业单位登记证书》副本；

4、除医疗机构外，养老服务机构或提供基本生活照料上门服务的其他服务机构应提供业务用房产权证明或租赁合同原件；服务能力介绍资料。

5、除医疗机构外，养老服务机构或提供基本生活照料上门服务的其他服务机构应提供全体员工（含退休返聘人员）花名册（表四），社会保险参保证明，执业（助理）医师、注册护士、康复治疗师，养老护理员、健康管理师等职业资格证书。

6、一年内受到相关职能部门行政处罚的材料或未被处罚声明（表三）；

备注：上述材料均需加盖申请单位公章。

表一

上饶市长期护理保险定点护理服务

机构申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 法定代表人 |  | 身份证号 |  |
| 所有制性质 | 公立□民营□ | 经营性质 | 营利□非营利□ |
| 申请服务类型 | 居家上门护理□ 机构护理□ 亲情护理□ |
| 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 |  |
| 机构护理 | 床位设置 |
| 核定床位： 张；实际开放床位： 张；其中专护病床： 张 |
| 业务管理部门 | 负责人 |  | 联系电话（手机） |  |
| 业务联系人 |  | 联系电话（手机） |  |
| 信息管理部门 | 负责人 |  | 联系电话（手机） |  |
| 业务联系人 |  | 联系电话（手机） |  |
| 人员构成 | 职工总人数 | 社保参保人数 | 劳动合同签订人数 | 劳务派遣人数 | 退休返聘人数 | 其他 |
|  |  |  |  |  |  |
| 注册护士 | 共 人，其中：高级职称 人；中级职称： 人；初级职称 人 |
| 康复治疗师 | 共 人，其中：高级职称 人；中级职称： 人；初级职称 人 |
| 健康管理师 | 共 人，其中：高级职称 人；中级职称： 人；初级职称 人 |
| 其他工作人员 | 共 人 |
| 申请单位意见 | 法人代表签字(申请单位印章)： 年 月 日 |
| 市医保经办机构初审意见 | 年 月 日  |
| 市医疗保障局复核意见 | 年 月 日  |

表二

上饶市长期护理保险定点护理服务机构承诺书

上饶市医疗保障局：

本单位自愿申请成为上饶市长期护理保险定点护理服务机构，自愿承担上饶市长期护理保险有关业务，并严格遵守长期护理保险有关管理规定，承诺本单位对所提交资料实质内容的真实性负责，如有提供虚假资料，本单位将承担由此带来的一切法律、经济等方面的后果及责任。

本单位已认真阅读《上饶市长期护理保险定点护理服务机构管理规定》，承诺在申请纳入协议管理的过程中自愿遵守《上饶市长期护理保险定点护理服务机构管理规定》的各项要求，按照上饶市长期护理保险经办信息系统操作规范经办业务。

法人代表签字：

 单位盖章：

 年 月 日

表三

未受处罚声明

上饶市医疗保障局：

本单位自愿申请成为上饶市长期护理保险定点护理服务机构，并慎重声明：在截至提交申请之前的一年内，我单位未因违规、违法经营受到相关职能部门的行政处罚，诚实守信，合法经营。如故意隐瞒不报，愿按照相关规定接受处罚。

特此声明。

法人代表签字：

 单位盖章：

 年 月 日

表四

全 部 从 业 人 员 名 册

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 职务（岗位） | 资格证照名称 | 资格证照级别 | 资格证照有效期 | 资格证照注册号 | 劳动合同(劳务协议)期限 | 人员类别 | 参保情况 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（不够填写，可另行附页） 单位名称（盖章）：

 申报时间： 年 月 日

填写说明：

1.必须填写全部从业人员信息，“人员类别”按“在职人员、聘用退休人员、聘用其他单位内退人员、其他人员”填写；

2.参保情况按“在本单位参保、在其他单位参保（需注明实际参保单位名称）、个人名义参保、未参保”填写。同时须提供参保缴费

明细：其中，在本单位或其他单位参保的提供缴费记录等相应凭证；退休人员提供退休证等相关证明。

3.资格证照有执业医师、注册护士、康复治疗师、健康管理师、养老护理员、其他（填写具体资格证照名称）。

4.资格证照级别：初级、中级、高级。若资格证照无级别规定，可不填。