**第二批长三角异地养老机构申报表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 养　老　机　构　的　基 本 情 况 | | | | | | | | | | |
| 机构名称 | |  | | | 联系电话 | | |  | | |
| 机构地址 | |  | | | 营业执照主体 | | |  | | |
| 机 构 性 质 | | □公建公营 | □公建民营（民非） | | □民建民营（民非） | | | □民建民营（工商） | | |
| 开业时间 |  | | 建 筑 面 积 | |  | | | | |
| 核定床位数 |  | | 空余床位数 | |  | | | | |
| 管理人员 |  | | 护 理 人 员 | |  | | | | |
| 收费标准 | 护理费\_\_\_\_\_\_\_\_\_元/月 | | 床位费\_\_\_\_\_元/月 | | 其他费用\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元/月 | | | | |
| 专业技术人员  配置情况 | 医生\_\_\_\_\_\_\_\_人 | | 护士\_\_\_\_\_\_\_\_人 | | 康复师\_\_\_\_\_\_\_\_人 | | | | |
| 营养师\_\_\_\_\_\_\_人 | | 社工\_\_\_\_\_\_\_\_人 | | 心理咨询师\_\_\_\_\_\_\_\_人 | | | | |
| 国家等级 | □1级 | □2级 | □3级 | | □4级 | | | □5级 | |
| 省市等级 | （可自行填写） | | | | | | | | |
| 医养结合  基本情况 | □与社区卫生服务中心签约 | | □临近二级、三级医院 | | □自持护理院 | | | | □自持护理站 |
| 内设医疗机构 | □卫生所 | □医务室 | | □保健站 | □护理站 | | | □门诊部 |
| 智慧养老 | □养老服务系统 | | □医疗服务系统 | | | □综合服务系统 | | | |
| 其它省部级以上荣誉 |  | | | | | | | | |
| 申请单位  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 民政部门意见 | | | | | | | | | | |
| （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 所在地区行业协会意见 | | | | | | | | | | |
| （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |

**第二批长三角异地养老社区（CCRC）申报表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 养　老　社　区(CCRC)　的　基 本 情 况 | | | | | | | | | | |
| 社区名称 | |  | | | 联系电话 | | | |  | |
| 社区地址 | |  | | | | | | | | |
| 开业时间 |  | | 建 筑 面 积  (平方米) | |  | | | | |
| 入住户数 |  | | 空 余 户 数 | |  | | | | |
| 管理人员 |  | | 护 理 人 员 | |  | | | | |
| 收费标准 | 会员费\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元 | | 服务费\_\_\_\_\_\_\_\_元/月 | | | 其他费用\_\_\_\_\_\_\_\_\_元/月 | | | |
| 专业技术人员  配置情况 | 医生\_\_\_\_\_\_\_\_人 | | 护士\_\_\_\_\_\_\_\_人 | | 康复师\_\_\_\_\_\_\_\_人 | | | | |
| 营养师\_\_\_\_\_\_\_人 | | 社工\_\_\_\_\_\_\_\_人 | | 心理咨询师\_\_\_\_\_\_\_人 | | | | |
| 医养结合  基本情况 | □与社区卫生服务中心签约 | | □临近二级、三级医院 | | □自持护理院 | | | | □自持护理站 |
| 内设医疗机构 | □卫生所 | □医务室 | | □保健站 | | □护理站 | | □门诊部 |
| 申请单位  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 民政部门意见（如有，请填写） | | | | | | | | | | |
| （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 所在地区行业协会意见（如有，请填写） | | | | | | | | | | |
| （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |

备注1：此表一式二份。申办人（单位）、主办单位各一份存留。

备注2：智慧养老一栏，养老服务系统指基于云平台的机构养老综合应用平台，为养老机构提供综合管理服务，包括养老机构运营管理系统、生命体征监测系统、紧急报警系统、人员定位系统等；医疗服务系统指实现养老机构医院的日常运营管理，包括电子病历、医疗服务、义务管理、健康检查服务、疾病诊治、护理服务、大病康复服务以及临终关怀服务。综合服务系统指以一卡通为基础，实现养老机构各种管理、服务的贯穿，每人一卡，一卡走遍整个养老机构。

固定电话：021-61090191

促进中心联系人：李元丰 陈思

电话：13761020230 / 18621696635

邮箱：[editor@csjyanglao.cn](mailto:bupanshu@zhikuyanglao.com)