**附件1**

苏州工业园区长期护理保险

定点护理服务机构申请表

（居家护理机构版）

申请单位：

申请时间：

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 参保单位编号（参保单位填写） |  | 所有制性质 | 公立□民 营□ |
| 经营性质 | 营利□非营利□ |
| 法人代表 |  | 身份证号 |  | 机构类型 | 医 疗 机 构 □养老服务机构□ |
| 单位开户银行及帐号 |  |
| 申请证照 | 证照类型 | 证照号码 | 审批部门 |
| 养老机构设立许可证 □ |  |  |
| 民办非企业登记证书 □ |  |  |
| 营业执照 □ |  |  |
| 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）合计设立的已开展服务的服务站点个数： 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 |
|  |  |  |  |  |
| 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：高级 人、中级 人、初级 人 |
| 其他人员 | 共 人 | 合计 |  |
| 申请单位签字盖章 |  (申请单位印章)法人代表签字 年 月 日 |
| 商保机构审查意见 | (印章) 年 月 日 |

**填写说明**

一、该表填写，要求字迹工整清楚，内容真实。

二、最后一栏由长期护理保险委托经办的商保机构负责填写。

三、申请机构提交本申请表时，需要附加以下材料：

1.民办非企业单位提供《民办非企业单位登记证书》副本及正、副本复印件；营业执照副本及正、副本复印件；养老机构提供《养老机构设立许可证》副本及正、副本复印件；

2.业务用房产权证明或租赁合同原件及复印件；服务能力及系统设施介绍资料、收费情况、已提供服务的服务项目清单、各项管理制度；最近一年内由第三方作出的财务审计报告或财务报告；以及所有申请表附表材料；

3.《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）；

4.《评分标准》中服务方案与申请材料同时上交；

5.其他材料。

 备注：上述材料均需加盖申请单位公章。

**附表**

**苏州工业园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 |  |

单位名称（盖章）： 申报时间： 年 月 日

**苏州工业园区长护险定点护理机构执业医师名册**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 职称 | 专科 | 是否全职 | 注册证号 | 第一执业注册地 | 第二执业注册地 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

单位名称（盖章）： 申报时间： 年 月 日

**苏州工业园区长护险定点护理机构执业护士名册**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 职称 | 专科 | 是否全职 | 注册证号 | 执业注册地 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |

单位名称（盖章）： 申报时间： 年 月 日

**苏州工业园区长护险定点护理机构护理员名册**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 级别 | 是否全职 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |

单位名称（盖章）： 申报时间： 年 月 日

**苏州工业园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

**苏州工业园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 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 | —— | —— |  |  |  |  |  |

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

单位名称（盖章）： 申报时间： 年 月 日