附件 1

汕尾市长期护理保险定点护理服务机构申请表

申请机构（盖章）_____

申 请 时 间 _____

机构名称			
机构地址			
成立时间		所属区划	
统一社会信用代码			
法定代表人		身份证号	
机构类型	□医疗机构　□养老机构　□其他服务机构		
所有制性质	公立□　民营□	经营性质	营利□　非营利□
申请服务类型	居家护理□　社区护理□　机构护理□		

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；其中长护专区:_____ 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		劳动合同签订人数	
	社保参保人数		其他人员数量	
	注册医师	共_____人，其中：高级职称_____人；中级职称：_____人；初级职称_____人。		
	注册护士	共_____人，其中：高级职称_____人；中级职称：_____人；初级职称_____人。		
	长期护照师	共_____人，其中：高级职称_____人；中级职称：_____人；初级职称_____人。		
	健康管理师/养老护理员	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，其中：_____类型_____人；_____类型____人。
申请机构 承诺	**本机构自愿承担长期护理保险护理服务，申请成为汕尾市长期护理保险定点护理机构。本机构承诺：申请前一年内未受到行政管理部门处理或行政处罚；本次提供的所有申请材料均真实有效，如提供材料虚假、不真实的承担由此引起的一切责任和后果。** 法定代表人（签字）： 申请机构（盖章）： 年　　月　　日	

填表说明：申请机构提交本申请表时，需一并提交长期护理保险定点护理服务机构申请材料，具体详见附表1，申请材料需加盖申请机构公章并按清单顺序装订成册，相关证明材料需在有效期内；工作人员花名册的填报请参照附表4样式。2.同时申请机构护理、社区护理、居家护理中两类或三类定点服务的，需分类提交材料。

附表 1

汕尾市长期护理保险定点护理服务机构申请材料清单

序号	资料名称	原件/复印件
1	汕尾市长期护理保险定点护理服务机构申请表	原件
2	具备医疗资质的机构提供《医疗机构执业许可证》正、副本，养老机构提供设置养老机构备案回执（军队医疗机构为民服务许可证）等资质文件材料	复印件
3	非营利性机构提供《事业单位法人证书》或《民办非企业单位登记证书》的正、副本复印件，营利性机构提供设置机构的《营业执照》正、副本	复印件
4	办公场所的产权证明，如房产证或房屋租赁合同、营业用房平面图（注明面积），并附上办公场地的功能布局图	复印件
5	选择社区护理、机构护理的服务机构，提供护理服务区域设置示意图、护理区床位张数证明等材料	复印件
6	工作人员花名册（附表 4）	原件
7	专业化人员队伍：工作人员（长期护照师、养老护理员、医疗护理员、专兼职长护管理人员等）的身份证、专业技术资格证书、聘用合同、缴纳社会保险的证明（需有社保部门的盖章）等相关材料	复印件
8	与长期护理保险政策相适应的服务管理、财务管理、信息统计、内控管理、人员管理、档案管理等制度汇编	复印件

9	证明有条件接入医保信息系统相关材料（信息系统维护商营业执照、维护商与申请机构合同和维护商相关项目证明或已与医保信息系统对接的相关证明材料）	复印件
10	与长护服务相关的收费项目和收费价格清单	复印件
11	护理服务设备设施、医疗护理用具清单	复印件
12	提供《法人和其他组织信用信息概况》。（登录信用中国网（https://www.creditchina.gov.cn/），查询信用信息，下载信用信息报告）	原件
13	社区护理、机构护理服务机构，提供消防安全证明材料	复印件
14	汕尾市长期护理保险护理服务机构承诺书（附表 2）	原件
15	无犯罪记录承诺书（附表 3）	原件
16	护理服务能力介绍资料	原件

注：所有提交的材料均须加盖公章，复印件应备原件供现场核查。

附表 2

汕尾市长期护理保险护理服务机构承诺书

_____医保经办机构:

本机构自愿申请成为汕尾市长期护理保险定点护理服务机构，自愿承担汕尾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。

本单位已认真阅读汕尾市长期护理保险的各项规定，并承诺无以下情形:

1.受到相关行政部门行政处罚（处理），但未完全履行处罚（处理）责任；2.以弄虚作假等不正当手段申请定点管理，自发现之日起未满 3 年；3.因违法违规或者严重违反协议约定而被解除协议未满 3 年，或者已满 3 年但未完全履行违约责任；4.法定代表人、主要负责人、实际控制人或者股东设立长期护理保险失能等级评估机构；5.法定代表人、主要负责人或者实际控制人被列入严重失信名单；6.法定代表人、主要负责人或者实际控制人因严重违法违规造成长期护理保险基金重大损失或者严重不良社会影响，被禁止从事定点长护服务机构管理活动不满 5 年；7.法律法规和规章规定的其他不予受理的情形。

法定代表人（签字）:

申请机构（盖章）:

_____年___月___日

附表 3

无犯罪记录承诺书

本人姓名：_____，性别：_____，身份证号码：_____，现任_____（机构名称）法定代表人。

本人作为长期护理保险护理服务机构的法定代表人，本人在此郑重声明并承诺如下：

1.本人截至目前，无刑事犯罪记录，无正在被立案侦查或审查的情况；

2.本人未参加过任何邪教组织、恐怖活动组织或其他非法组织；

3.本人未被依法列入失信联合惩戒对象名单；

4.本人过去在医疗、医保、养老等领域的执业活动中，无严重违法违规记录；

5.以上声明完全属实，如有虚假，本人愿意承担由此产生的一切法律责任，并接受取消定点资格及相关处理。

特此承诺。

承诺人（签字）：

申请机构（盖章）：

_____年___月___日

附表 4

工作人员花名册

机构名称（盖章）：　　填表日期：　　年　　月　　日

序号	姓名	性别	身份证号码	职务（岗位）	资格证名称	资格证级别	资格证有效期	资格证注册号	服务区域（县区）	备注
1										
2										
3										
……										

（可另行附页）

填写说明：

1.职务（岗位）：医师、护士、医疗护理员、专职护理员、管理人员、其他（请列明具体岗位）。

2.资格证有执业（助理）医师、执业护士、康复治疗师、健康照护师、养老护理员、其他（填写具体资格证名称）。

3.资格证级别为初级、中级、高级。若资格证无级别规定，可不填。

4.服务区域：若工作人员全市集中参保的，分别申请多个站点机构的，应明确各站点具体工作人员名单，服务人员不得重复申报使用。