# 附件2：

梅州市长期护理保险定点护理机构

申请表

申请单位（盖章）

申 请 时 间

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位名称 | |  | | | | | | | |
| 申请单位地址 | |  | | | | | | | |
| 成立时间 | |  | | | | | | | |
| 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 | | 机构护理□ 居家护理□ | | | | | | | |
| 上级机构或分支机构（站点） | | 有□无□分支机构（站点），设立点在 县（市、区）；  成立时间 ； 机构名称： | | | | | | | |
| 有□无□上级机构，设立点在 县（市、区）；  成立时间 ； 机构名称： | | | | | | | |
| 有上级机构或分支机构（站点）的，工作人员是□否□全市集中参保。 | | | | | | | |
| 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 | | 社保参保 人数 | | 劳动合同签订人数 | | | 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。 | | | | | | |
| 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。 | | | | | | |
| 申请单位  意见 | **本机构自愿承担长期护理保险护理服务，申请成为梅州市长期护理保险定点护理机构。本单位承诺：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。**  法人代表签字(申请单位印章)：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 各县（市、区）医保部门初审意见 | 审核人：  单位盖章：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 市医疗保障事业管理中心复核意见 | 审核人：  单位盖章：  年 月 日 | | | | | | | | |

**填表说明：**申请单位提交本申请表时，需一并提交长期护理保险定点护理服务机构申请材料，具体详见附件3清单，申请材料需加盖申请单位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以下表格样式。

附表1:

工作人员花名册

单位名称（盖章）： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **身份证号码** | **职务**  **（岗位）** | **资格证照**  **名称** | **资格证照级别** | **资格证照**  **有效期** | **资格证照**  **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.资格证照有执业（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（填写具体资格证照名称）。

3.资格证照级别为初级、中级、高级。若资格证照无级别规定，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。**

附表2：

梅州市长期护理保险护理服务机构承诺书

医保经办机构：

本单位自愿申请成为梅州市长期护理保险定点护理服务机构，自愿承担梅州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。

本单位已认真阅读梅州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。

法人代表签字：

单 位 盖 章：

年 月 日