

清远市人民政府办公室文件

清府办〔2013〕42号

清远市人民政府办公室关于印发《清远市 民办社会福利机构扶持资助 试行办法》的通知

各县（市、区）人民政府，市政府各部门、各直属机构：

《清远市民办社会福利机构扶持资助试行办法》已经市人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。



清远市人民政府办公室

2013年4月27日

清远市民办社会福利机构扶持资助试行办法

第一章 总 则

第一条 为积极应对人口老龄化，扶持民办社会福利机构发展，规范政府资助民办社会福利机构行为，不断满足广大人民群众日益增长的社会福利需求，根据《社会福利机构管理暂行办法》（中华人民共和国民政部令第19号）、《广东省民办社会福利机构管理规定》（广东省人民政府令第133号），结合我市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于在本市依法取得《社会福利机构设置批准证书》，由企事业单位、社会团体、个人或其他社会力量利用非国有资产举办，为老年人、残疾人、孤儿和弃婴等群体提供养护、康复、托管等服务的各类民办社会福利机构。

政府投资兴建，委托社会力量经营管理的社会福利机构，作为民办社会福利机构管理。

各级编制部门批准成立的社会福利事业单位不适用本办法。

第三条 市、县（市、区）级民政部门是民办社会福利机构的业务主管部门，按照权限分级负责民办社会福利机构的监督管理工作。

市、县（市、区）级福利彩票公益金评审委员会，是本级资助民办社会福利机构评审委员会（简称评审委员会），负责对资

助项目的评审。

第四条 各级人民政府应鼓励公民、法人和其他组织依法举办社会福利机构，扶持民办社会福利机构的发展。

各级发改、财政、人力资源和社会保障、国土资源、住建、外经贸、卫生、物价、人防、残联、税务、工商、供水、供电、供气等单位，应各司其职，积极支持民办社会福利机构的建设和发展。

民办社会福利机构按照国家 and 省规定享受扶持和优惠政策，其合法权益受国家法律保护。

第二章 申请资格

第五条 本市民办社会福利机构申请资助必须符合以下条件：

- （一）依法办理法人登记手续；
- （二）取得组织机构代码证；
- （三）开立了专门的机构银行账户；
- （四）取得《消防许可证》；
- （五）机构取得《食品卫生许可证》，从事食品生产加工的员工取得《健康检查证明》；
- （六）从事本机构会计工作的人员持有会计从业资格证书；
- （七）年度检查合格（新建福利机构除外）；

(八) 民办福利机构中租赁场地经营的，场地租赁限期在 8 年以上；

(九) 本市户籍老年人、残疾人、孤儿和弃婴占总入住率 70% 以上；

(十) 一年内无重大责任事故。服务对象满意率达 80% 以上；

(十一) 购买养老机构意外责任保险；

(十二) 全日制福利机构床位 30 张以上。日间照料服务机构 20 张床位以上；

(十三) 入住老人有以下档案资料：入住协议书、老人身份证与户口簿复印件、老人标准照片、健康检查资料、送养人（监护人）资料及联系方式；

(十四) 国家、省规定的其他要求、条件。

第三章 新增床位资助

第六条 本办法所称新增床位是指新建、改建和扩建福利机构而新增加的床位。新增床位不含福利机构因更名、转接、移交等原因所引起的床位变化。

本办法所称建设新增床位是指通过购买、新建、改建并拥有房屋合法自有产权增加的床位。

本办法所称租赁新增床位是指租赁场地增加的床位。

第七条 建设新增床位资助按照新增实有床位数每张床位资助 5000 元。资助资金分期拨付，申请资助批准后拨付 50%，满一年后付清余额。公建民营的社会福利机构由政府投资建设的床位，不享受床位建设的资助。

第八条 新增床位资助资金参照《印发清远市本级财政资金差异化配套机制试行办法的通知》（清府办〔2012〕43号）执行。

第九条 新增床位资助资金每半年申请一次，民办社会福利机构在每年的 2 月 15 日和 8 月 15 日前，书面向县（市、区）级民政部门提出申请，并提交下列文件：

（一）《清远市民办社会福利机构新增床位资助申请表》一式三份；

（二）本办法第五条第（一）至（八）项的证明文件的原件和复印件一式三份；

（三）填写《清远市民办社会福利机构新增床位审核表》一式三份；

（四）填写《清远市民办社会福利机构实地勘察报告》一式三份；

（五）涉及立项、规划、建设、排污、审计、物价等事项的，应有相应的立项许可、验收报告、审查意见书、许可证等证明文件；

（六）书面承诺接受资助期间不得改变机构的社会福利性质，不得开展与社会福利事业无关的业务。

第十条 县（市、区）级民政部门应当自收到福利机构申请材料之日起30日内，按照资助范围、对象及要件等规定进行审查，并实地勘查。对符合资助条件的，在申请机构提交的《清远市民办社会福利机构新增床位资助申请表》、《清远市民办社会福利机构新增床位审核表》和《清远市民办社会福利机构实地勘察报告》上签署意见后，报送市民政局；对不符合资助条件的，在申请机构提交的表格上签署意见后，将材料退还申请机构。

第十一条 市评审委员会在每年的4月15日和10月15日前对申请机构进行评审，并在申请表格上签署意见。对符合资助条件的，送市财政局核对后将市级财政负担资金拨付至福利机构所在地县（市、区）级财政局，县（市、区）级财政局将本级财政负担资金一同拨付至福利机构；对不符合资助条件的，将材料退还县（市、区）级民政部门。

第四章 运营资助

第十二条 床位运营资助标准按入住本市户籍，年满60周岁的老年人（优先保障优抚、城市“三无”、五保、低保等政府供养对象）和残疾人的实有人数，经评估，按照下列标准给予运营资助：

（一）特级、一级护理的，每人每月补贴100元；

（二）二级护理的，每人每月补贴50元。

前款护理等级按照卫生部门有关护理规定执行。

第十三条 民办社会福利机构床位运营资助资金由各县（市、区）财政负担。资助资金列入年度财政预算。

第十四条 运营资助资金每半年申请一次，民办社会福利机构在每年的2月15日和8月15日前，书面向县（市、区）民政部门提出申请，并提交下列文件：

（一）填写民政部门统一印制的《清远市民办社会福利机构运营资助申请表》一式三份；

（二）本办法第五条所列条件的证明文件的原件和复印件一式三份，其中第十项需填写《清远市民办社会福利机构自查报告》，自查结果应当在机构内公示七日以上，接受服务对象的评议与监督；

（三）由政府兴办，非政府组织或个人采取承包、租赁、合营等方式与政府合作运营的社会福利机构，应当提供产权人与运营者签订的所有有效协议的复印件。其他产权与运营权分离的情况比照以上规定办理。

（四）其它相关材料。

第十五条 县（市、区）级民政部门在接到申请资助材料的30日内，提出审核意见，并组织评审委员会对申请资助的福利机构进行评审，在申请表格上签署意见。对符合资助条件的，送财政部门核对后拨付资金至福利机构。对不符合资助条件的，将材料退还申请机构。

第十六条 有下列情形之一时，终止给付相应的运营资助；已经给付的，予以追回或在下一次申请时相应调减：

- （一）福利机构收住对象死亡的；
- （二）福利机构与收住对象终止服务协议的；
- （三）其他与收住对象终止服务的情形。

第五章 监督管理

第十七条 资助资金的使用与管理。

（一）民办社会福利机构接受本办法资助，必须与所在地市、县（市、区）级民政部门签订资助协议。资助协议标准文本由市民政局统一制定。

民办社会福利机构应当按照协议约定的用途使用资助资金，将资助资金用于符合其宗旨的活动和事业，不得擅自改变资助资金的用途。

（二）申请机构在申请资助、接受核查时，必须提供真实、有效、完备的数据、资料和凭证，如有弄虚作假、骗取资助的行为，一经查实，取消其被资助资格；对已经拨付的资助金予以追缴，并依法追究法律责任。

（三）民办社会福利机构应当按照国家有关规定，建立健全财务会计制度和资助资金的使用制度，为资助资金设立单独核算科目，加强对资助资金的管理。

（四）任何单位、个人不得截留、转移、挪用资助资金。必要时，政府有关部门可以对资助资金进行审计。

（五）市、县（市、区）级民政会同财政等部门每年要对资助资金的使用情况进行专项监督检查。对违反使用规定的，要立即提出责任整改，缓拨、停拨资助资金，追缴已拨资助资金，并依法追究法律责任。

第六章 附 则

第十八条 资助金的具体拨付按市财政现行拨付制度执行。

第十九条 各县（市、区）可以在本办法资助标准的基础上，根据本地实际加大资助力度。具体办法抄报市民政局。

第二十条 本办法由清远市民政局负责解释。

第二十一条 本办法自颁布之日起施行至 2016 年 12 月 31 日止。

- 附件：
1. 清远市民办社会福利机构新增床位资助申请表
 2. 清远市民办社会福利机构新增床位审核表
 3. 清远市民办社会福利机构自查报告
 4. 清远市民办社会福利机构运营资助申请表
 5. 清远市民办社会福利机构实地勘察报告

附件 1

清远市民办社会福利机构新增床位资助申请表

福利机构基本情况							
机构名称				法定代表人			
地 址				邮政编码			
固定电话		移动电话		核定床位数			
占地面积		使用面积		投资总额			
投资类型		电子邮件					
福利机构字号				登记字号			
机构代码证号				卫生许可证号			
银行账号				财务人员证号			
员 工 概 况							
管理人员		持证人数		医技人数		护士人数	
护理员数		持证人数		工勤人数		员工总数	
申请内容（床位核算）							
单人间数		双人间数		三人间数		多人间数	
房间总数		床位总数		平均床位 建筑面积		平均床位 使用面积	
资助类型		资助标准		资助金额	大写：		
声 明							
<p>本机构保证以上及所附数据资料真实有效，并承诺遵守《清远市民办福利机构资助试行办法》。如有不实或违反有关规定，愿承担相关法律责任</p> <p>经办人签名： 法定代表人（主要负责人）签名：_____（单位盖章） _____年__月__日</p>							
审 批 意 见							
县（市、区） 级民政部门 审核意见	_____（单位盖章） 承办人签名：_____ _____年__月__日						
市评审委员 会审批意见	_____（单位盖章） _____年__月__日						

附件 2

清远市民办社会福利机构新增床位审核表

填报单位（盖章）：_____ 填报时间：_____年__月__日

序号	房间号	房间面积	床位数	床位平均面积	备注
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
合计					

县（市、区）级民政部门勘查意见

经实地查看，以上数据真实有效。

经办人签名：

（单位盖章）

_____年__月__日

- 说明：1.单人间面积大于 10m²，双人间大于 14 m²，三人间大于 18 m²，合居型居室平均床位面积大于 5 m² 为有效资助床位；
- 2.表格不够请自行延续；
- 3.本表面积均为使用面积，单位为平方米。

附件 3

清远市民办社会福利机构自查报告

基 本 情 况								
机构名称				法定代表人				
地 址				邮政编码				
电 话			联系人					
福利机构字号			登记字号					
核定床位数			入住老人数					
自 查 情 况								
自查时间			自查方式			参与人数		
自查内容	1.是否存在虚假广告宣传		是		否		备注	
	2.是否按照协议提供服务		是		否		备注	
	3.是否侵害老人合法权益		是		否		备注	
	4.老人对机构的综合评价		满意		基本满意		不满意	
	5.其他事项							
存在问题	1.							
	2.							
	3.							
	4.							
自查结论	非常满意		基本满意		不满意		满意率	
调查员签名								
姓 名			职 务			姓 名		
被调查人签名								
<p>本机构承诺以上数据资料属实，如有不实，愿承担相关法律责任。</p> <p>经办人签名：_____ 法定代表人签名：_____</p> <p>(单位盖章)：_____ 年__月__日</p>								

附件 4

清远市民办社会福利机构运营资助申请表

(所属时间: _____年__半年)

基本情况										
机构名称						法定代表人				
地 址						邮政编码				
固定电话					移动电话					
电子邮件					核定床位数					
福利机构字号					登记字号					
机构代码证号					卫生许可证号					
银行账号					财务人员证号					
员工概况										
员工总数			持证人数			管理人员			持证人数	
医技人数			持证人数			护士人数			持证人数	
护理员数			持证人数			工勤人数			健康证数	
备注 1			备注 2			备注 3			备注 4	
申请内容										
所属月份	资助人數	I 类	II 类	III 类	资助金額	I 类	II 类	III 类	备注	
合 计										

声 明

本机构保证以上及所附数据资料真实有效，并承诺遵守《清远市民办福利机构资助试行办法》。如有不实或违反有关规定，愿承担相关法律责任。

经办人签名：

法定代表人签名：

（单位盖章）

_____年__月__日

审 批 意 见

县(市、区)) 级民政 部门审核 意见	（单位盖章） 承办人签名： _____ 年__月__日
县(市、区)) 评审委员 会意见	（单位盖章） _____年__月__日
备 注	

注：表格“申请内容”栏中的 I 类是指：特级、一级护理对象； II 类是指二级护理对象； III 类是指三级或其他一般护理对象。

附件 5

清远市民办社会福利机构实地勘察报告

被勘察机构概况			
机构名称		地址	
联系人		电话	
勘察项目与数据			
数据项目	地 址	面 积 (平方米)	主 要 设 施
活动室一			
活动室二			
活动室三			
康复室一			
康复室二			
康复室三			
健身场所一			
健身场所二			
健身场所三			
室外活动场所一			
室外活动场所二			
过道扶手			
楼梯扶手			
卫生间扶手			
坡 道			
电 梯			
备 注			
勘察人意见			
经办人签名:		(单位盖章):	
		_____年__月__日	

公开方式：主动公开

抄送：市委各部委办，市人大常委会办公室，市政协办公室，市纪委，
清远军分区，市法院，市检察院，各人民团体，各新闻单位，
中央、省驻清单位。

清远市人民政府办公室综合五科

2013年4月27日印发
