附件1-1

江门市医养结合补充保险项目照护服务定点机构申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 | 　 | 所在区域 | 　 |
| 地址 | 　　 |
| 机构类型 | □养老机构□医疗机构 | 统一社会信用代码 |  |
| 所有制性质 |  | 单位性质 |  | 申请服务类别 | 　 |
| 经营类别 |  | 法定代表人 |  | 联系方式 | 　 |
| 业务主管部门 |  | 项目联系人 |  | 联系方式 | 　 |
| 医疗机构执业许可证登记号 |  | 养老机构备案编号 |  | 证照有效期至 |  年 月 日 |
| 床位数量 |  | 内设医疗机构情况 |  | 内设医疗机构名称 | 　 |
| 预估闲置床位数量 |  | 协议医疗机构情况 |  | 协议医疗机构名称 | 　 |
|   法定代表人（签名）： 单位盖章（公章） 年 月 日 |

备注：法定代表人签名并加盖单位公章

附件1-2

申报资料清单

第三方承办机构将组织对申报受理通过的服务机构进行资料初审，请准备以下资料与申请表一并提交：

一、养老服务机构提供《养老机构设立许可证》或《设置养老机构备案回执》复印件并加盖单位公章。

二、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》复印件并加盖单位公章。

三、营利性机构提供《营业执照》复印件并加盖单位公章。

四、服务场所产权或租赁合同等相关资料。

五、对应类别照护服务定点机构符合申报条件的相关证明材料。

附件2

江门市医养结合补充保险项目照护服务定点机构

诚信承诺书

本单位自查符合江门市医养结合补充保险“邑康保”项目照护服务定点机构申请条件，自愿承担江门市医养结合补充保险“邑康保”项目照护服务定点机构有关业务，申请成为照护服务定点机构，并承诺提供的所有材料真实、完整、有效。如承诺的内容和材料与事实不符，愿认同解除或退出照护服务定点机构、追缴相关服务费用等处理，并承担违约责任以及由此造成的一切后果。

特此承诺。

申请机构名称（盖章）：

申请机构法定代表人签字（盖章）：

年    月    日

附件3

编号

江门市医养结合补充保险项目照护服务定点机构现场核查表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | 所属区 |  |
| 机构负责人 |  | 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 机构地址 |  | 邮政编码 |  |
| 单位性质 | □事业单位 □企业 □民办非企业 | 所有制形式 | □公立 □非公立 |
| 项目 | 序号 | 核查细目及要求 | 核查方式 | 核查记录 |
| 合法证照情况（8分） | 1 | 有《养老机构设立许可证》正、副本且在有效期内，或有《设置养老机构备案回执》（2分） | 查阅文件 | 是□ 否□ |
| 2 | \*《事业单位法人证书》或《民办非企业单位登记证书》正、副本（适用于非营利性机构）/有营业执照正、副本且在有效期内（适用于营利性机构）（2分） | 查阅文件 | 是□ 否□ |
| 3 | 有《食品卫生许可证》且在有效期内（2分） | 查阅文件 | 是□ 否□ |
| 4 | 有与工作相适应的固定服务场所和相应的设施设备，从获认定为照护服务定点机构之日起，具有服务场所使用权或租赁合同剩余有效期限是否在2年以上（2分） | 查阅文件 | 是□ 否□ |
| 设施设备情况（30分） | 5 | 配备单人床、床头柜、衣柜、呼叫铃等设备及用具，洗手间及浴室配备扶手，提供适宜的居住环境（10分） | 现场查看 | 是□ 否□ |
| 6 | 有配置适合老人使用的健身、康复设备的康复室或健身场所、老人活动室或阅览室等活动场所（10分） | 现场查看 | 是□ 否□ |
| 7 | 配置独立的饭堂、就餐区域（5分） | 现场查看 | 是□ 否□ |
| 8 | 老人的生活场所、活动场所和公共区域有明显标志和安全标志，如未有相关标志，此项不得分（5分） | 现场查看 | 是□ 否□ |
| 服务管理情况56分 | 9 | 有服务管理体系，包括服务流程、服务质量监控制度、服务投诉处理机制、服务对象保障机制、服务风险应急预案、疫情防控预案和安全生产防范保障预案等；①体系建设健全且完整，有对应的执行记录（20分）；②体系建设健全且完整，但未有对应的执行记录（10-15分）；③体系建设不健全，且未有对应的执行记录（5分） | 查阅文件 | 是□ 否□ |
| 10 | 与服务对象签订入住协议或合同①签订率达100%（10分）；②签订率90%以上未达100%得按签订率比例计分（5分）；③签订率低于90%，此项不得分 | 查阅文件 | 是□ 否□ |
| 11 | 有入院评估制度，实施分级分类收费、服务（5分） | 查阅文件 | 是□ 否□ |
| 12 | \*内设医疗机构或与医疗机构签订的医疗合作协议（5分） | 查阅文件 | 是□ 否□ |
| 13 | 完全不能自理老人的配备比例不低于1∶5，部分自理老人的配比不低于1:12，且专业技术人员持有相应专业技术等级证书情况，配比人员未达要求，此项不得分（8分） | 查阅文件 | 是□ 否□ |
| 14 | 定期组织工作人员进行业务培训（8分） | 查阅记录 | 是□ 否□ |
| 信息设备6分 | 15 | 计算机硬件设备、通信链路满足费用结算、服务管理要求（3分） | 现场查看 | 是□ 否□ |
| 16 | 配备相关技术人员开展信息系统维护工作（3分） | 现场查看 | 是□ 否□ |
| 核查成绩 |  |
| 核查分数满分为100分，核查成绩达75分（含75分）或以上评定为照护服务定点机构。 |
| 重大扣分项 |  |
| 是否纳入照护服务定点机构 | 是□ 否□ |
| 核查小组确认 |
| 现场核查小组成员签名： 年 月 日 |

备注：在核查项目的“□”打“√”，标注“\*”为非必核查项目，无需核查该项目时，

则在“□”中画“—”线。

附件4

江门市医养结合补充保险照护服务定点机构

申请结果告知书

|  |  |
| --- | --- |
| 告知书编号 | GZS-2024-XXX |
| 机构名称 |  |
| 办理事项 | 江门市医养结合补充保险照护服务定点机构遴选申请 |
| 遴选结果 | 🞎符合/🞎不符合照护服务定点机构条件 |
| 遴选结果不符合原因 | 经评估，由于 ，不予通过。 |
| 查询方式 | 电话： |
| 备注 | 1.本告知书一式三份，一份交申请单位，一份交民政部门，一份存档备查；2.申请单位如有疑问，可通过电话进行查询，若咨询后仍对本告知书有异议，可向江门市医养结合补充保险第三方承办机构提出书面复核申请。 |
| 经办人签名： 联系方式：  经办单位（盖章）：  日期： 年 月 日 |

附件5

江门市医养结合补充保险照护服务定点机构

申请复核结果告知书

|  |  |
| --- | --- |
| 告知书编号 | （原告知书编号） |
| 机构名称 |  |
| 办理事项 | 江门市医养结合补充保险照护服务定点机构复核申请 |
| 复核结果 | 经复核，维持/驳回原告知书（编号 ）。（或手工录入） |
| 依 据 | （手工录入） |
| 查询方式 | 电话： |
| 备注 | 1.本告知书一式三份，一份交申请单位，一份交民政部门，一份存档备查；2.申请单位如有疑问，可通第三方承办机构进行咨询；3.本复核结果为最终结果。 |
| 经办人签名： 联系方式： 经办单位（盖章）：  日期： 年 月 日 |

附件6

江门市医养结合补充保险“邑康保”项目

照护服务定点机构承诺书

本单位已知悉江门市医养结合补充保险“邑康保”项目（以下简称“邑康保”项目）照护服务定点机构所要求的条件、职责以及义务等内容，并郑重承诺如下：

1. 承诺自愿承担“邑康保”项目照护保障服务有关业务，配合第三方承办机构做好能力评估流程中的各项相关工作。
2. 承诺接受主管部门或“邑康保”项目委托的第三方承办机构对照护保障服务情况进行日常管理和考核，并提供真实、准确、完整的资料数据。
3. 承诺在服务有效期内保证符合“邑康保”项目申请条件的待遇享受人员按规定享受补贴待遇。

四、承诺积极主动开展“邑康保”项目的宣传推广工作，并及时回应、转介相关客户咨询，不对“邑康保”项目政策及业务经办管理进行误导性、欺骗性广告宣传；并向待遇享受人员或其监护人（代理人）提供补贴服务范围内的费用查询服务和费用清单打印服务，承担解释责任。

五、承诺建立“邑康保”项目服务人员及服务对象登记管理制度，根据人员、设备等情况以及承办能力，合理安排和开展服务工作，为重度失能服务对象提供合理的照护服务或医养结合服务，做好服务记录，确保服务质量。

六、承诺不擅自提高收费标准、分解收费项目多收费，不违反有关规定收费。

七、承诺不采取串换或虚报服务项目等违规手段申报项目补贴费用。

八、承诺按要求对本单位计算机软、硬件设施设备进行配置、部署，完成通信链路的联通、系统环境配置、系统测试和系统验收工作；做好本单位内部相关人员信息系统操作技能培训，避免出现信息系统操作不当而影响重度失能人员享受待遇、费用结算及申报等情形。

九、承诺保证信息系统只限本单位使用，杜绝发生信息外泄事故。

如承诺的内容与事实不符，愿认同解除或退出照护服务定点机构等处理，并承担违约责任以及由此造成的一切后果。

特此承诺。

单位(盖章):

年 月 日

附件7

江门市医养结合补充保险“邑康保”项目

照护服务定点机构确认书

本单位已阅悉江门市医养结合补充保险“邑康保”项目照护服务定点机构所要求的条件以及职责等内容，结合本单位工作实际，□愿意 □不愿意 成为“邑康保”项目照护服务定点机构。

单位（盖章）

 年 月 日