附件2

**柳州市长期护理保险定点评估机构申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 | |  | | | | |
| 机构地址 | |  | | | | |
| 法人代表 | |  | 身份证号 |  | 电话 |  |
| 主要负责人/实际控制人 | |  | 身份证号 |  | 电话 |  |
| 所有制性质 | | 公立□ 民营□ | | 经营性质 | 营利□ 非营利□ | |
| 经营/执业许可证号 | |  | | 审批部门 |  | |
| 开户名 | | |  | | | |
|
| 开户行 | | |  | | | |
| 银行账号 | | |  | | | |
| 机构邮箱 | | |  | | | |
| 机构注册地 | | | □市本级 □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 | | m² |
| 租期 | | 月 | 营业面积 | | m² |
| 人 员 构 成 | 职工总数 | | 社保参保人数 | 劳动合同签订人数 | | 返聘或劳务合同人数 |
| 人 | 人 | | 人 |
| 评估员 | | 具备医学、护理、康复、心理、长期照护、养老服务与管理等相关专业背景，从事相关专业工作2年（含）以上 | | | 人 |
|
|
| 评估专家 | | 具有临床医学、护理、康复、精神心理等领域中级及以上职称和 2 年（含）以上相关工作经历 | | | 人 |
|
|
|
| 长护险业务专管员 | | 具有临床医学、护理、康复、精神心理等领域中级及以上职称，从事相关专业工作3年（含）以上，为专职评估专家 | | | 人 |
| 申请单位  意见 | | 本单位自查符合柳州市长护险定点评估机构申请条件，自愿承担柳州市长期护理保险评估业务，申请成为柳州市长期护理保险定点评估机构，并承诺按照失能等级评估工作的需要，必要时可提供的服务范围覆盖全市，提供的所有材料真实、完整、有效。承诺具备使用医保信息平台长护险相关功能的硬件设施、网络环境、安全防护等符合要求的条件，配备相应的信息系统管理和维护人员。如承诺的内容和材料与事实不符，愿意接受经办机构解除服务协议、追回相关评估费用等处理，并承担由此造成的一切后果。    法人签字(申请单位印章):  年 月 日 | | | | |