

# 辽宁省民政厅 辽宁省财政厅文件

辽民发〔2018〕94号

---

## 关于做好民办非营利性养老机构 运营补贴工作的通知

各市民政局、财政局：

为适应我省养老服务业发展形势，完善养老服务扶持配套政策，鼓励和支持社会资本投资建设和运营养老机构，根据《辽宁省人民政府关于加快发展养老服务业的实施意见》（辽政发〔2014〕4号）、《辽宁省人民政府办公厅关于印发加快养老服务业发展若干政策的通知》（辽政办发〔2014〕46号）及相关规定，现就做好民办非营利性养老机构运营补贴工作事宜通知如下：

### 一、补贴范围

在辽宁省行政区域内，由依法成立的组织或者具有完全民事行为能力自然人举办，取得《养老机构设立许可证书》和《民办非企业单位法人登记证书》的民办非营利性养老机构（含公建民营）。

## 二、补贴条件

（一）各市结合本地养老服务业发展实际和 2015 年以来运营补贴工作情况，对民办非营利性养老机构的具体补贴条件做出设定。

（二）各市申报省财政养老机构运营补贴的机构应同时具备以下条件：一是连续依法运营满 6 个月且继续经营；二是按照养老院服务质量建设专项行动要求，对照《全国养老院服务质量大检查指南》，经县级以上民政部门核查，基础性指标全部达标；三是申请补助年度内经登记管理部门年检合格且无严重责任事故或服务纠纷；四是各地财政全额拨付申报补助年度养老机构运营补贴资金。

## 三、补贴标准

民办非营利性养老机构运营补贴标准由各市自行确定，所需经费列入财政年度预算。省财政按照不高于各地实际补贴标准 80% 的比例对各地财政给予补助（以各地资金拨付文件为准），最高不超过每床每月 100 元。老人包单间 1 人占多床的，按照 1 张床位数量补贴。有条件的地区要对民办非营利性养老机构收住

失能失智老年人予以补贴支持倾斜。

#### 四、申报省财政补助程序

(一)各地以当年6月30日为时间节点,统计并核准申报补贴的养老机构补贴床次数。

(二)各市民政部门会同市财政部门对县(市、区)民政、财政部门提交的申报材料进行审核,审查合格后,在《----市民办养老机构运营补贴审批表》上盖章确认,并将本地区财政下拨民办养老机构运营补贴的指标文件、《----市民办养老机构运营补贴资金汇总表》及相关证明材料于每年8月底前上报省民政厅、财政厅。(以上资料一式2份,并同时报送电子版)。

(三)省民政厅、财政厅对各地的审核材料进行复核审定后,将核定的补助额度列入下年度预算,按有关规定下拨。

#### 五、补贴资金使用与管理

各级民政、财政部门要加强对养老机构运营补贴资金使用情况的监督检查,并按有关规定做好绩效考核工作。检查中发现养老机构运营不正常的,责令其整改,不按要求整改的,取消其下一年度补助申请资格。对弄虚作假、挤占挪用、骗取省补资金的,一经查实,在全省进行通报,追回补贴资金,追究有关单位和人员的责任。构成犯罪的,依法移交司法部门。

#### 六、有关要求

(一)提高认识。实施民办非营利性养老机构运营补贴是省委

省政府应对人口老龄化、扶持民办养老机构发展的一项重要举措，是改善民生、提高社会养老服务水平的一项重要制度安排，请各地民政、财政部门切实提高思想认识，加强组织领导，摆上重要议事日程，结合本地实际完善制度设计，加大资金投入，确保此项惠民政策落到实处。

**（二）规范管理。**各地要按照政策规定，对养老机构提出的补贴申请及时受理，严格审核。要采取门户网站、报纸刊登等多种形式对养老机构运营补贴进行公示，切实做到公开、公平、公正。要抓好档案的建设与管理，每年年底前归档各项申请审核及资金拨付材料，确保工作运行有据可查。

**（三）加强监督。**养老机构运营补贴资金由各市民政、财政部门联合审核，有条件的地区可以委托第三方专业机构对养老机构人员、设施、服务、管理、信誉、补贴资金使用等情况进行综合评估。评估结果对外公示，并作为适时调整补助标准、方式以及考核评价的依据。

**（四）广泛宣传。**各地民政、财政部门要利用门户网站、广播影视等媒体广泛宣传民办养老机构运营补贴政策，提高全社会对这项政策的知晓度，鼓励更多的社会力量积极参与到养老服务事业中来，通过全社会的共同努力，进一步营造敬老、爱老、助老的良好社会氛围。

自本通知印发之日起，原省民政厅、省财政厅《关于申报省

财政民办养老机构运营补贴资金有关问题的通知》（辽民函〔2014〕78号）即行废止。

省民政厅联系人：苏敏，联系电话：024-23941568。

省财政厅联系人：王俣桥，联系电话：024-22823219。

附件：1. ----市民办养老机构运营补贴审批表  
2. ----市民办养老机构运营补贴资金汇总表  
3. ----市民办养老机构入住老年人基本情况明细表（各市留存备查）



# 辽宁省民办养老机构运营补贴审批表

单位：人、元

|                                                                       |           |                            |    |          |    |      |    |    |    |    |    |     |     |     |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------|----|----------|----|------|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|
| 民办养老机构<br>填写                                                          | 机构名称      | 开业时间                       |    | 法人代<br>表 |    |      |    |    |    |    |    |     |     |     |
|                                                                       | 详细地址      | 联系电话                       |    |          |    |      |    |    |    |    |    |     |     |     |
|                                                                       | 养老机构许可证编号 | 民办非企业登记<br>证书编号和机构<br>代码证号 |    |          |    |      |    |    |    |    |    |     |     |     |
|                                                                       | 建筑面积      | 核准床位数                      |    |          |    |      |    |    |    |    |    |     |     |     |
|                                                                       | 职工情况      |                            |    |          |    |      |    |    |    |    |    |     |     |     |
|                                                                       | 总数        | 管理人员                       |    | 服务人员     |    | 其他人员 |    |    |    |    |    |     |     |     |
|                                                                       | 申请补贴床次数   | 合计                         | 1月 | 2月       | 3月 | 4月   | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 |
| 本机构郑重声明以上信息完全真实，且本申请年度内我机构无严重责任事故和重大服务纠纷，无侵害入住老年服务对象合法权益的现象。特此申请运营补贴。 |           |                            |    |          |    |      |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 盖 章：年 月 日                                                             |           |                            |    |          |    |      |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 县（市、区）<br>民政、财政部门<br>审核意见                                             | 符合补贴床次数   | 合计                         | 1月 | 2月       | 3月 | 4月   | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 |
|                                                                       | 补贴金额      |                            |    |          |    |      |    |    |    |    |    |     |     |     |
|                                                                       | 盖 章：      | 年 月 日                      |    |          |    |      |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 市民政、财政<br>部门审核意见                                                      | 符合补贴床次数   | 合计                         | 1月 | 2月       | 3月 | 4月   | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 |
|                                                                       | 补贴金额      |                            |    |          |    |      |    |    |    |    |    |     |     |     |
|                                                                       | 盖 章：      | 年 月 日                      |    |          |    |      |    |    |    |    |    |     |     |     |

注：1. 此表一式7份，上报省民政厅财政厅各1份，市、县（市、区）财政、民政部门各存1份，民办养老机构留存1份；  
2. 非本省户籍老人不在补贴范围

辽宁省民办养老机构运营补贴资金汇总表

单位：万元

| 序号 | 机构名称                                                                                                                                      | 详细地址 | 机构负责人电话 | 核准床位数 | 入住老人数（补贴床月次） | 养老机构运营补贴资金 |                 |                |           | 省级财政补贴资金    |              |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------|-------|--------------|------------|-----------------|----------------|-----------|-------------|--------------|
|    |                                                                                                                                           |      |         |       |              | 资金总额       | 地区床次补贴标准（元/床/月） | 市本级财政补贴资金（床月次） | 市辖区财政补贴资金 | 县（市）级财政补贴资金 | 补贴标准<br>补助金额 |
| 1  |                                                                                                                                           |      |         |       |              |            |                 |                |           |             |              |
| 2  |                                                                                                                                           |      |         |       |              |            |                 |                |           |             |              |
| 3  |                                                                                                                                           |      |         |       |              |            |                 |                |           |             |              |
| 4  |                                                                                                                                           |      |         |       |              |            |                 |                |           |             |              |
| 5  |                                                                                                                                           |      |         |       |              |            |                 |                |           |             |              |
| 6  |                                                                                                                                           |      |         |       |              |            |                 |                |           |             |              |
| 7  |                                                                                                                                           |      |         |       |              |            |                 |                |           |             |              |
| 8  |                                                                                                                                           |      |         |       |              |            |                 |                |           |             |              |
| 9  |                                                                                                                                           |      |         |       |              |            |                 |                |           |             |              |
| 10 |                                                                                                                                           |      |         |       |              |            |                 |                |           |             |              |
| 注： | 1. 随表附市（绥中、昌图县）财政部门拨款凭证（拨款凭证必须是原注明的养老机构运营补贴资金）和财政部门接收拨款凭证复印件；<br>2. 此表由市（绥中、昌图县）民政、财政部门汇总本级相关数据，加盖公章；<br>3. 同一地区按不同补贴标准执行的，需按照财政规范分类逐行列出。 |      |         |       |              |            |                 |                |           |             |              |

填报单位：民政部门：（盖章） 财政部门：（盖章） 填表时间：

辽宁省民办养老机构入住老年人基本情况明细表

| 序号 | 姓名  | 出生日期 | 性别 | 详细家庭住址 | 身份证号码 | 入住老人类型 |    |    | 入住日期<br>(年、月、日) | 离院日期<br>(年、月、日) | 所入住的<br>养老机构 | 监护人联<br>系方式 |
|----|-----|------|----|--------|-------|--------|----|----|-----------------|-----------------|--------------|-------------|
|    |     |      |    |        |       | 合计     | 三无 | 五保 |                 |                 |              |             |
| 合计 | *** | ***  | 男  | ***    | ***   |        |    |    | ***             | ***             | ***          |             |
| 1  |     |      |    |        |       |        |    |    |                 |                 |              |             |
| 2  |     |      |    |        |       |        |    |    |                 |                 |              |             |
| 3  |     |      |    |        |       |        |    |    |                 |                 |              |             |
| 4  |     |      |    |        |       |        |    |    |                 |                 |              |             |
| 5  |     |      |    |        |       |        |    |    |                 |                 |              |             |
| 6  |     |      |    |        |       |        |    |    |                 |                 |              |             |
| 7  |     |      |    |        |       |        |    |    |                 |                 |              |             |
| 8  |     |      |    |        |       |        |    |    |                 |                 |              |             |
| 9  |     |      |    |        |       |        |    |    |                 |                 |              |             |
| 10 |     |      |    |        |       |        |    |    |                 |                 |              |             |
| 11 |     |      |    |        |       |        |    |    |                 |                 |              |             |
| 12 |     |      |    |        |       |        |    |    |                 |                 |              |             |
| 说明 |     |      |    |        |       |        |    |    |                 |                 |              |             |

填报单位：

民政部门（盖章） 财政部门（盖章）

填报时间：