

开平市民政局 开平市财政局 文件

开民字〔2019〕90号

关于印发《开平市民办社会福利机构扶持专项资金使用管理办法》的通知

各镇人民政府、街道办事处：

为扶持我市民办社会福利机构发展，规范我市民办社会福利机构扶持专项资金管理，开平市民政局、开平市财政局联合制定了《开平市民办社会福利机构扶持专项资金使用管理办法》，现印发给你们，请认真贯彻执行。



2019年7月31日

公开方式：主动公开

开平市民政局办公室

2019 年 7 月 31 日印发

开平市民办社会福利机构扶持 专项资金使用管理办法

第一章 总则

第一条 为扶持我市民办社会福利机构发展,规范我市民办社会福利机构扶持专项资金管理,根据《江门市人民政府关于印发〈江门市民办社会福利机构管理实施细则〉的通知》(江府〔2018〕31号)的相关规定,制定本办法。

第二条 民办社会福利机构扶持专项资金(以下简称专项资金),是指由市级财政安排用于扶持在开平市行政区域内举办的民办社会福利机构以及公办社会福利机构采取公办民营、公建民营、政府与社会资本合作方式改革后的建设、运营专项资金。

第三条 专项资金管理坚持规范审批、规范管理、权责明确、绩效优先、公平公开、强化监督的原则。

第四条 专项资金经费由市级福利彩票公益金承担。

第二章 单位职责

第五条 各镇(街)负责民政工作的部门职责:

(一) 做好申请专项资金的宣传工作,指导辖区内符合条件的民办社会福利机构申请专项资金。

(二) 协助开平市民政局对专项资金管理使用情况开展监督检查。

第六条 开平市民政局职责：

- （一）牵头制定执行专项资金管理办法。
- （二）组织专项资金年度预算编制及执行。
- （三）做好专项资金的审批和拨付工作。
- （四）加强对专项资金的监督与管理，及时了解专项资金的使用、管理等情况，组织开展专项资金绩效评价工作。

第七条 开平市财政局职责：

- （一）负责专项资金管理的组织协调工作。
- （二）组织资金预算编制，及时下达专项资金。
- （三）协同开平市民政局做好专项资金的审批、拨付和绩效评价等相关工作。
- （四）严格按国库集中支付和财政资金管理的有关规定及时审核拨付资金；对专项资金拨付、使用以及管理情况开展检查，加强资金监管。

第八条 申请单位职责：

- （一）贯彻落实《江门市人民政府关于印发〈江门市民办社会福利机构管理实施细则〉的通知》（江府〔2018〕31号）的规定。
- （二）根据本办法的要求，在规定时限内实事求是进行申报，对申报材料的真实性、合规性负责。
- （三）严格按照规定使用、管理专项资金，确保专项资金发挥应有实效。
- （四）要确保专项资金专款专用、报账凭证真实、完整。
- （五）健全财务会计核算制度，按财政资金管理的有关规定

设立专项资金收入、支出明细账，主动接受财政部门、民政部门、审计部门等相关单位的监督。

（六）加强专项资金管理，并按规定实事求是开展绩效自评。

第三章 补助办法

第九条 对以下机构给予相应专项资金补助：

（一）民办社会福利机构运营补助。

（二）公益性民办社会福利机构新增床位补助。

（三）公办社会福利机构采取公办民营、公建民营、政府与社会资本合作方式改革后入住的自费对象部分运营补助。

（四）公办社会福利机构采取公办民营、公建民营、政府与社会资本合作方式改革后新增的床位补助。

（五）民办社会福利机构被评定为广东省四星级、五星级社会福利机构的补助。

（六）同一法定代表人在民办社会福利机构设立医疗机构对内提供医疗康复服务，已领取《医疗机构执业许可证》且正常运营一年以上的，给予设立登记补助。

第十条 专项资金补助的类别、对象、条件、程序具体如下：

（一）申请对象

1.民办社会福利机构是指由自然人、法人或其他组织利用非国有资产举办，登记为社会服务机构法人或企业法人，为老年人、残疾人、孤儿和弃婴等特殊群体提供集中居住、生活照料和康复教育等服务，已办理《民办非企业登记证书》或《营业执照》，

并领取《设置养老机构备案回执》的机构。

2.公益性民办社会福利机构是指由自然人、法人或其他组织利用非国有资产举办，登记为社会服务机构法人或企业法人，为老年人、残疾人、孤儿和弃婴等特殊群体提供集中居住、生活照料和康复教育等服务，已办理《民办非企业登记证书》并领取《设置养老机构备案回执》的机构。同时已办理《民办非企业登记证书》的社会福利机构，因新建、改扩建而新增床位的，可申领新增床位补助；已办理《营业执照》后变更为办理《民办非企业登记证书》的社会福利机构，可申领新增床位补助，但五年内不得变更为经营性民办社会福利机构。

3.公办社会福利机构采取公办民营、公建民营、政府与社会资本合作方式改革后，入住的自费对象部分可申请运营补助。

4.公办社会福利机构采取公办民营、公建民营、政府与社会资本合作方式改革后，新增的床位可申请新增床位补助。

（二）补助标准

1.民办社会福利机构按全年平均入住人数计算，每人每年给予不低于 1200 元的运营补助，连续补助不低于 5 年。已按《阳光家园计划——江门市智力、精神和重度残疾人托养服务实施方案（试行）》（江残联〔2015〕19 号）享受补助的，按与本项补助标准的差额部分给予运营经费补助。在《江门市人民政府关于印发〈江门市民办社会福利机构管理实施细则〉的通知》（江府〔2018〕31 号）实施前已符合申请运营补助条件但未申请享受补助的，按本办法运营补助期限予以补助；已符合申请运营补助条件且已申请享受补助不足三年的，按本办法运营补助期限和补助标准发放

剩余年限的补助。

2.对公益性民办社会福利机构新增床位按每张 5000 元的补助标准给予一次性补助。新增床位不包括同一住址因更名、转接、移交以及迁移场所等原因所引起的床位变化，但对全市养老床位产生实质性增加的情形除外。

3.对公办社会福利机构采取公办民营、公建民营、政府与社会资本合作方式改革后，新增的床位按每张 2000 元的标准给予一次性补助。

4.民办社会福利机构被评定为省四星级、五星级社会福利机构的，一次性给予 10 万元补助。

5.民办社会福利机构设立登记医疗机构，医疗机构名称含有“医院”字样的，一次性给予 10 万元补助；医疗机构名称含有“门诊部”、“诊所”等字样的其他类型医疗机构的，一次性给予 5 万元补助；所设医疗机构纳入城乡基本医疗保险定点范围的，再一次性给予 5 万元补助。

（三）申请时间

办理《设置养老机构备案回执》一年后以及公办社会福利机构采取公办民营、公建民营、政府与社会资本合作方式依法签订合同一年后的每年 9 月 30 日前，向开平市民政局和开平市财政局提出上一年度运营经费资助申请和新增床位补助申请。

（四）提交材料

1.运营补助

（1）民办社会福利机构提交《开平市民办社会福利机构运营补助申请表》（附件 1）一式三份；《开平市民办社会福利机构

服务对象情况统计表》（附件 2）一式一份；《民办非企业登记证书》或《营业执照》正本复印件一份；产权证件或 8 年以上合同期限的场地租赁合同复印件一份。

（2）公办社会福利机构采取公办民营、公建民营、政府与社会资本合作方式的，提交《开平市民办社会福利机构运营补助申请表》（附件 1）一式三份；提交《开平市民办社会福利机构服务对象情况统计表》（附件 2）一式一份；社会力量与公办社会福利机构举办单位依法签订的合同复印件一份；社会力量的法定资格证明文件复印件一份（属法人或其他组织的，提交《民办非企业登记证》或《营业执照》等登记证件；属自然人的，提交身份证等身份证明文件）。

2. 新增床位补助

（1）公益性民办社会福利机构提交申请机构新增床位补助申请报告（盖单位公章）；《开平市民办社会福利机构新增床位补助申请表》（附件 3）一式三份；《开平市民办社会福利机构新增床位审核表》（附件 4）一式三份；《民办非企业登记证书》正本复印件一份。

（2）公办社会福利机构采取公办民营、公建民营、政府与社会资本合作方式的，提交申请机构新增床位补助申请报告（盖单位公章）；《开平市民办社会福利机构新增床位补助申请表》（附件 3）一式三份；《开平市民办社会福利机构新增床位审核表》（附件 4）一式三份；社会力量与公办社会福利机构举办单位依法签订的合同复印件一份；社会力量的法定资格证明文件复印件一份（属法人或其他组织的，提交《民办非企业登记证》或

《营业执照》等登记证件；属自然人的，提交身份证等身份证明文件）。

3. 评定为四星级、五星级社会福利机构补助

民办社会福利机构提交《开平市民办社会福利机构评定为四星级、五星级机构补助申请表》（附件 5）一式三份；《民办非企业登记证书》或《营业执照》正本复印件一份。

4. 设立登记医疗机构补助

（1）民办社会福利机构提交《开平市民办社会福利机构设立登记医疗机构补助申请表》（附件 6）一式三份；《医疗机构执业许可证》复印件一份；医疗机构工作人员的资格证书和执业证书复印件一份。

（2）申请医疗机构纳入城乡基本医疗保险定点范围补助的，提交《开平市民办社会福利机构设立登记医疗机构补助申请表》（附件 6）一式三份；社会保险基金管理部门出具的纳入城乡基本医疗保险定点范围的文件复印件一份；与社会保险基金管理部门签订的服务合同或协议复印件一份。

本项申请人提交的复印件需写明“本复印件与原件一致”并由法定代表人或负责人签名及盖单位公章。

（五）发放程序

民办社会福利机构向开平市民政局提交申请材料，开平市民政局和开平市财政局在收到完整的申请材料后 10 个工作日内完成审核。经审批同意后，开平市民政局和开平市财政局要按市财政资金管理程序完成资金拨付工作。

第四章 资金管理

第十一条 开平市民政局、开平市财政局和申请单位要加强专项资金管理，严格执行资金申请、审批等程序。

第十二条 申请单位要加强财务基础管理工作，建立健全基础台账，规范财务核算工作，及时、全面、客观反映专项资金收支情况，按要求做好财务决算。要严格执行财务规章制度和会计核算办法，严格执行财政资金使用票据销账制度。要加强档案材料管理，确保与专项资金申报、管理、使用相关的单据、凭证、文件、材料等按规定保管。

第十三条 专项资金应用于加强机构设施设备、服务质量等方面的改造和完善，不得用于接待、员工工资福利、收益分红等方面支出。

第五章 信息公开

第十四条 除涉及保密等要求不予公开外，在开平市民政局、开平市财政局门户网站公开专项资金管理办法、申报情况、资金分配情况等信息，接受社会 and 群众的监督。

第六章 监督管理和绩效评价

第十五条 开平市民政局、开平市财政局要加强对专项资金管理使用情况的监督检查，每年组织开展专项资金使用管理情况检

查，及时发现和纠正问题，配合纪委监委、审计部门做好监督检查工作。

第十六条 专项资金实行绩效考评制度。申请单位要按开平市民政局、开平市财政局的要求按时完成绩效自评；开平市民政局、开平市财政局根据申请单位绩效自评情况，结合工作实际组织抽查。

第十七条 社会福利机构有下列行为之一的，不给予运营补助和新增床位补助，对已拨付的补助资金予以追缴，并依法追究法律责任：

（一）提交的数据、材料和凭证，弄虚作假、骗取资助的。

（二）擅自改变已认定为服务对象居室用途的。

（三）在已登记备案为社会福利机构的场所内违法从事核准服务范围以外的其他经营活动的。

（四）违反本办法规定，挪用专项资金用于接待、员工工资福利、收益分红等方面支出的。

（五）经营性民办社会福利机构变更为公益性民办社会福利机构领取新增床位补助后，五年内又变更为经营性民办社会福利机构的。

（六）未经批准擅自收住社会福利服务对象，民政部门书面要求责令改正、督促领取《民办非企业登记证书》或《营业执照》，期限内拒不改正的。

（七）领取《民办非企业登记证书》或《营业执照》之日起30日内未到开平市民政局申请养老机构备案的。

（八）法律法规规定由民政部门责令改正而拒不改正的其它

情形。

第十八条 任何单位和个人不得以任何理由骗取、套取或截留、挤占、挪用专项资金；申请单位、组织或个人在专项资金申报、领取、使用过程中存在违法违纪行为的，依照相应法律法规严肃处理。涉嫌犯罪的，依法移送司法机关追究刑事责任。

第七章 附则

第十九条 本办法由开平市民政局、开平市财政局负责解释和修订。

第二十条 本办法自 2019 年 8 月 1 日起施行。《关于印发〈开平市民办社会福利机构和民办养老机构市级扶持专项资金使用管理办法〉的通知》（开民字〔2016〕59 号）同时废止。

- 附件：
- 1.开平市民办社会福利机构运营补助申请表
 - 2.开平市民办社会福利机构服务对象情况统计表
 - 3.开平市民办社会福利机构新增床位补助申请表
 - 4.开平市民办社会福利机构新增床位审核表
 - 5.开平市民办社会福利机构评定为四星级、五星级机构补助申请表
 - 6.开平市民办社会福利机构设立登记医疗机构补助申请表

附件 1:

开平市民办社会福利机构运营补助申请表

(申请补助年度：_____年)

基 本 情 况					
机构名称				法定代表人	
地 址				联系人	
已领取 补助年数			联系电话		
统一社会 信用代码			食品经营 许可证编号		
申请年度年检情况					
是否已享受 “阳光家园” 补助		“阳光家 园” 年均 补助人数		“阳光家园” 每人年均补 助资金（元）	
年平均入住人数		全年入住人数_____人，核定为_____人。			
扣除“阳光家 园” 补助资金 后应补助经 费总额（元）					
开户银行					
开户名称			银行账号		

声 明

本单位保证以上及所附数据材料真实有效，并承诺遵守《江门市人民政府关于印发〈江门市民办社会福利机构管理实施细则〉的通知》（江府〔2018〕31号）和补助经费的申请发放、使用管理及绩效评价等规定。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（负责人）签名：

（单位盖章）

_____年__月__日

审 批 意 见

市民政局 审批意见	（单位盖章） 承办人签名：_____ 年__月__日
市财政局 审批意见	（单位盖章） 承办人签名：_____ 年__月__日

备注：本表一式三份，市民政局、市财政局和申请单位各存档一份。

附件 2:

开平市民办社会福利机构服务对象情况统计表

填报单位(盖章): 填报人: 填报日期: 年 月 日

序号	姓名	性别	年龄	户籍	身份证号码	申请年度已 入住时间 (月)	“阳光家园计划”补贴情况	
							是否享受	每月补助金额(元)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

备注:“申请年度已入住时间”指服务对象在申请补助的当年内,入住民办社会福利机构的月份数。(第 页,共 页)

附件 3：

开平市民办社会福利机构新增床位补助申请表

机 构 情 况							
机构名称				法定 代表人			
地 址				联系人			
核定 床位数		实际 床位数		联系电话			
占地面积 (平方米)		建筑面积 (平方米)		投资总额 (万元)			
统一社会 信用代码				食品经营许可证编号			
补助金额	人民币_____元(大写:_____)						
开户银行							
开户名称							
银行账号							
申 请 内 容							
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	

声 明

本单位保证以上及所附数据材料真实有效，并承诺遵守《江门市人民政府关于印发〈江门市民办社会福利机构管理实施细则〉的通知》（江府〔2018〕31号）和补助经费的申请发放、使用管理及绩效评价等规定。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（负责人）签名：

（单位盖章）

_____年__月__日

审 批 意 见

市民政局
审批意见

（单位盖章）

承办人签名：_____年__月__日

市财政局
审批意见

（单位盖章）

承办人签名：_____年__月__日

备注：本表一式三份，市民政局、市财政局和申请单位各存档一份。

附件 4:

开平市民办社会福利机构新增床位审核表

填报单位（盖章）：_____ 填报日期：_____年____月____日

序号	房间号	房间面积（m ² ）	床位数	床位平均面积(m ²)	备注
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
合计					

市民政部门勘查意见

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、集中托养型老人院老人居室的单人间使用面积不小于 10 平方米；双人间使用面积不小于 14 平方米；三人间使用面积不小于 18 平方米。
- 2、老年住宅、老年公寓、家庭型老人院的起居室使用面积不宜小于 14 平方米，卧室使用面积不宜小于 10 平方米。矩形居室的短边净尺寸不宜小于 3 米。
- 3、老人院、老人疗养室、老人病房等合居型居室，每人使用面积不应小于 6 平方米。矩形居室短边净尺寸不宜小于 3.3 米。
- 4、本表面积均为使用面积，单位为平方米。

（第____页，共____页）

附件 5:

开平市民办社会福利机构评定为四星级、五星级机构 补助申请表

机 构 情 况							
机构名称					法定 代表人		
地 址					联系人		
核定 床位数		实际 床位数		联系电话			
占地面积 (平方米)		建筑面积 (平方米)		投资总额 (万元)			
统一社会 信用代码				食品经营许可证编号			
补助金额	人民币_____元(大写:_____)						
开户银行							
开户名称							
银行账号							
申 请 内 容							
管理人数		医护人数		护理员数		入住人数	
获评等级							

声 明

本单位保证以上及所附数据材料真实有效，并承诺遵守《江门市人民政府关于印发〈江门市民办社会福利机构管理实施细则〉的通知》（江府〔2018〕31号）和补助经费的申请发放、使用管理及绩效评价等规定。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（负责人）签名：

（单位盖章）

_____年__月__日

审 批 意 见

市民政局
审批意见

（单位盖章）

承办人签名：_____年__月__日

市财政局
审批意见

（单位盖章）

承办人签名：_____年__月__日

备注：本表一式三份，市民政局、市财政局和申请单位各存档一份。

附件 6:

开平市民办社会福利机构设立登记医疗机构 补助申请表

机 构 情 况							
机构名称					法定 代表人		
地 址					联系人		
核定 床位数		实际 床位数		联系电话			
统一社会 信用代码				医疗机构执业许可证 编号			
补助金额	人民币_____元(大写:_____)						
开户银行							
开户名称							
银行账号							
申 请 内 容							
管理人数		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	
是否纳入 医保定点	是 ☐ , 批准文号_____; 否 ☐ .						

声 明

本单位保证以上及所附数据材料真实有效，并承诺遵守《江门市人民政府关于印发〈江门市民办社会福利机构管理实施细则〉的通知》（江府〔2018〕31号）和补助经费的申请发放、使用管理及绩效评价等规定。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（负责人）签名：

（单位盖章）

_____年__月__日

审 批 意 见

市民政局
审批意见

（单位盖章）

承办人签名：_____年__月__日

市财政局
审批意见

（单位盖章）

承办人签名：_____年__月__日

备注：本表一式三份，市民政局、市财政局和申请单位各存档一份。