

附件

吉林省长期护理保险失能等级定点评估机构申请表

机构名称			
机构地址		邮政编码	
社会统一信用 代码证编号		执业许可证编 号（选填）	
法定代表人		联系电话	
联系人		联系电话	
机构类型	<input type="checkbox"/> 独立评估机构 <input type="checkbox"/> 医疗机构 <input type="checkbox"/> 商业保险机构 <input type="checkbox"/> 其他机构		
机构性质	<input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 民营		经营性质 <input type="checkbox"/> 营利 <input type="checkbox"/> 非营利
机构级别	<input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 未定级		医保定点 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
机构场所情况	机构场所性质	<input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/> 租赁	机构成立时间
	租期		场所营业面积
开户银行		银行账号	
评估人员数		评估专家数	
专业管理 人员数		信息技术管理 维护人员数	
本机构承诺： <ol style="list-style-type: none"> 1. 本机构法定代表人、主要负责人或实际控制人及评估人员无相关违法违规等不良记录。 2. 本机构自愿承担长期护理保险失能等级评估，申请成为吉林省长期护理保险定点评估机构。本次提供的所有申请材料均真实有效，如提供材料虚假、不真实的，承担由此引起的一切责任和后果。 3. 严格按照《吉林省长期护理保险失能等级评估机构定点管理实施细则（试行）》及有关规定，承担长期护理保险评估服务工作。 			
法人代表签字（盖章）：		单位（盖章）：	年 月 日

填表说明：1. 请按照提供的材料填写，填写内容必须真实无误。2. 可选项的填写请在对应方框内打“√”。3. 此表一式两份，盖章后提交。