附件1

重庆市老年人能力评估机构申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | | |
| 机构类型 | □企业 □事业单位 □社会组织  □医疗机构 □长护险定点机构 | | |
| 统一社会信用代码 |  | 注册地址 |  |
| 法定代表人 |  | 身份证号码 |  |
| 业务范围 （要求包含“老年人能力评估”相关内容） |  | | |
| 评估人员 | 评估人员 人，其中具有医护背景 人，评估专家 人。 | | |
| 评估场所 | 地址：  面积： 平方米（独立评估室 ㎡）  无障碍设施：□齐全 □部分 □无 | | |
| 服务类型 | □上门评估 □定点评估 □其他： | | |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 其他说明 |  | | |

本单位承诺以上所填内容及提交材料真实有效。

申请单位（盖章）

年 月 日

附件2

重庆市老年人能力评估机构承诺书

一、承诺本机构具备《老年人能力评估规范》（GB/T42195-2022）《重庆市老年人能力评估实施办法》（渝民规〔2025〕2号）等文件规定的资质要求、人员要求和场地要求。

二、承诺严格按照“客观公正、科学规范”的原则开展老年人能力评估工作，不与老年人及其家属、养老服务机构串通、伪造评估过程或评估结果。不事先允诺老年人评估结果以鼓动老年人参与评估。杜绝虚假申请、虚假评估、评估结果不准确等情况。

三、严格保护被评估人员的尊严、安全和个人隐私，不向任何机构或个人提供评估对象、评估过程、评估结果等评估信息。承诺不在评估过程中推销商品和服务，不依本机构评估结论开展养老服务工作。

四、承诺主动接受并配合行政主管部门或受委托的第三方机构的指导、监督和管理，并按规定提供相关材料。

备案申请单位（盖章）

法定代表人（或主要负责人）签字：

年 月 日

附件3

重庆市老年人能力评估机构评估人员花名册

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 身份证号码 | 老年人能力评估资格证书编号 | 医护专业毕业证书或职业资格证书编号 | 手机号码 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |