附件1

爱心托育用人单位推荐申报表

申报单位名称 用人单位全称（盖章）

推荐单位工会 省级工会（盖章）

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报单位性质 | 政府机关□ 公有制企业□ 非公企业□ 事业单位□ 园区□ 其他□ | | | | | | | | | | | | | |
| 托育机构性质 | 自建自营□ 自建委托第三方□ 自建幼儿园□ 其他□ | | | | | | | | | | | | | |
| 申报  单位  举办  的托  育机  构基  本情况 | 场地性质 | | | | 自有且收费□ 自有且免费□ 租赁□ 其他□ | | | | | | | | | |
| 服务类型 | | | | 全日托□ 半日托□ | | | | | | | | | |
| 是否备案 | | | | 是□ 否□ | | | | 获得备案时间 | | | 年 月 | | |
| 提供托位数量 | | | | 个 | | | 在托婴幼儿人数 | 人 | | | 其中职工子女数量 | |  |
| 是否购买第三方服务 | | | | 是□ 否□ | | | | 第三方服务机构是否备案 | | | 是□ 否□ | | |
| 第三方服务机构的工作经验在1年以上 | | | | | | | | | 是□ 否□ | | | | |
| 是否为2020年1月备案以来举办 | | | | | | | | | 是□ 否□ | | | | |
| 当地普惠托育服务收费标准 | | | | | | 元/人/月 | | | 本单位  托育机构收费 | | 元/人/月 | | |
| 当地平均托育服务收费标准 | | | | | | 元/人/月 | | |
| 经  费  情  况 | 经费  来源 |  | 申报单位工会 | | | 家长（职工） | | | 申报单位行政 | | 其他 | | 总额 | |
| 数额（元） |  | | |  | | |  | |  | |  | |
| 占比（%） |  | | |  | | |  | |  | |  | |
| 资金  支持  （元） | 省级工会 | | | 地市级工会 | | | | 县级工会 | | 其他 | | | |
|  | | |  | | | |  | |  | | | |
| 托育服务工作情况介绍（须包括工会作用、场地、师资、经费、制度、安  全措施、实地审核、工作成效等相关情况，2000字左右）  （另附页） | | | | | | | | | | | | | | |
| 市总工会女职工委员会  意见 | | | | 盖 章 （签字）    年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 市卫生健康委人口  家庭处或相关处室意见 | | | | 盖 章 （签字）    年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 省级工会女职工委员会  意见 | | | | 盖 章 （签字）    年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 省级卫生健康委人口  家庭处或相关处室意见 | | | | 盖 章 （签字）  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 全总女职工委员会  意见 | | | | 盖 章 （签字）    年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 国家卫生健康委  人口家庭司意见 | | | | 盖 章 （签字）    年 月 日 | | | | | | | | | | |

附件2

爱心托育用人单位推荐申报汇总表

填表单位（盖章）： 市级工会 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 爱心托育用人单位名称（全称） | 托育机构性质 |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |

（注：请按照优先顺序、推荐顺序填写，托育机构性质分为自建自营，自建委托第三方、已备案办托班的自建幼儿园以及其他）

填表人： 联系电话：