### 裕民县民政局关于向社会力量购买

### 2024年社会救助服务的公告

根据《关于积极推行政府购买服务 加强基层社会救助经办服务能力的实施意见》文件精神。为了政府向社会力量购买社会救助服务工作全面推行，基层社会救助经办服务能力显著增强,为健全政府主导、城乡统筹、保障有力、运转高效的社会救助体制机制提供有力支撑,使社会救助管理更加精细精准,困难群众对社会救助服务的满意度明显提升。裕民县民政局决定开展向社会力量购买2024年社会救助服务，具体事项如下：

**一、项目名称**

裕民县2024年政府购买社会救助服务项目

**二、购买服务内容**

（一）事务性工作：基层经办最低生活保障、特困人员救助供养、医疗救助、临时救助等服务时的对象排查、家计调查、业务培训、政策宣传、绩效评价等工作。

（二）服务性工作：对社会救助对象开展照料护理、康复训练、送医陪护、社会融入、能力提升、心理疏导、资源链接等服务。

（三）裕民县民政局安排的其它工作。

**三、资金预算**

本次购买服务预算资金200000元（贰拾万元整），最终以实际发生服务费用为准。

**四、承接主体资质**

（一）具有独立承担民事责任的能力。具有有效的营业执照、税务登记证、组织机构代码证。

（二）投标人符合《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定的条件。

（三）投标人具备提供社会救助服务所需的设施、人员和专业技术。具有健全的内部管理结构、财务会计和资产管理制度。

（四）单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同供应商，不得参加同一合同项下的政府采购活动。

（五）本项目不接受联合体投标。

（六）参加采购活动近三年内,在经营活动中没有重大违法记录的书面声明函、政府采购严重违法失信行为信息记录http://www.ccgp.gov.cn/cr/list、信用中国http://www.creditchina.gov.cn/二个网站查询无不良记录，并提供查询结果截图。

**五、项目周期**

项目执行周期为一年。

**六、项目申报**

裕民县民政局负责本次采购服务工作；符合申报资质条件的社会组织下载填报《裕民县购买社会救助服务项目申报表》，符合承接条件且有参与意向的社会组织，自本公告发布之日起于2024年1月22日下午17:30前将《裕民县购买社会救助服务项目申报表》和相关资质扫描件发送至邮alisheng6526715@qq.com。**联系人：**阿里生，**电话：**0901-6525838，**地址：**裕民县巴尔鲁克西路23号政府一楼民政局。

**七、项目评审**

（一）专家评审（2024年11月15日）。由购买方组建评审委员会，对所申报的项目进行综合审议，确定承接名单。

（二）公示公布（2024年11月16日）。将承接名单通过政府官网及相关媒体向社会公布，为期5天。

**八、执行要求**

项目承接主体要按照“专款专用、单独核算、注重绩效”的原则，建立健全项目专项财务管理和会计核算制度。加强对资金的管理，将资金纳入单位财务统一管理，单独核算，便于跟踪问效和监督检查。严格按照申报用途使用资金，保证项目资金的安全和正确使用。

附件：《裕民县购买社会救助服务项目申报表》

裕民县政府购买社会救助服务项目申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位名称** |  | | | | | | | | |
| **统一社会信用代码** |  | | | **成立时间** |  | | **年** |  | **月** |
| **通讯地址** |  | | | | | | | | |
| **曾获何种荣誉** |  | | | | | | | | |
| **2023年度年检结论** |  | | **邮箱** | |  | | | | |
| **法人姓名** |  | | **身份证号** | |  | | | | |
| **服务领域** |  | | | | | | | | |
| **实施地域** |  | | | | | | | | |
| **户名** |  | | | | | | | | |
| **开户账号** |  | | | | | | | | |
| **开户行** |  | | | | | | | | |
| **税务登记证号** |  | | | | | | | | |
|  | **姓名** | **电话** | | | | **电子邮箱** | | | |
| **项目负责人** |  |  | | | |  | | | |
| **项目联系人** |  |  | | | |  | | | |

后附登记证书、开户许可证、法人身份证、本单位两名缴纳社保的社会工作师证明资料，加盖公章