附件2：

河源市家政服务机构

等级评定申报表

机构全称（盖章）：

统一社会信用代码：

法定代表人及电话：

联 系 人 及 电话：

申 报 日 期：

填 报 说 明

一、请按所列项目认真填写或勾选，字迹清楚，不得涂改；

二、申报机构和法人对所填内容的真实性和有效性负责，并在相应位置签名、盖章；

三、申报表在电脑上填写后，用Ａ4纸双面打印（如下载后因自身电脑字体原因导致格式变样的，应调整与原文的字体和页面相符）；

四、栏内数字，一律用阿拉伯数字填写；

五、申报表一式两份。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构全称 |  | | | | | | 成立日期 | |  |
| 统一社会信用代码 | | |  | | | | 邮政编码 | |  |
| 办公地址 |  | | | | | | | | |
| 网站域名 |  | | | | 电子邮箱 | |  | | |
| 主营范围 |  | | | | | | | | |
| A1.有固定的可保障经营需要的场所； | | | | | | | | | □有 □无 |
| A2.在政府部门办理了注册登记手续； | | | | | | | | | □有 □无 |
| A3.有专职工作人员3人以上，均具有高中以上文化程度、两年以上工作经历； | | | | | | | | | □有 □无 |
| A4.有对服务员进行培训的场所； | | | | | | | | | □有 □无 |
| A5.能够组织服务员每年进行健康查体； | | | | | | | | | □有 □无 |
| A6.能够为服务员办理第三方保险。 | | | | | | | | | □有 □无 |
| B1.近三年未参加年报或年检不合格的； | | | | | | | | | □有 □无 |
| B2.近三年受到政府部门行政处罚或正在被有关政府部门（或司法机关）立案调查的； | | | | | | | | | □有 □无 |
| B3.参评机构和法定代表人在政府信用网站有失信或被列入异常名录的； | | | | | | | | | □有 □无 |
| B4.其他不符合参评条件的。 | | | | | | | | | □有 □无 |
| 申报机构盖章： 法定代表人签名：    年 月 日 | | | | | | | | | |
| **类型** | | **评估内容** | | **参评机构**  **自评分** | | **评估专家组**  **初评分** | | **评定委员会终评分** | |
| 评定项目 | | 综合实力 | |  | |  | |  | |
| 人力资源 | |  | |  | |  | |
| 机构管理 | |  | |  | |  | |
| 服务质量 | |  | |  | |  | |
| 合 计 | |  | |  | |  | |
| 等 级 | |  | |  | |  | |
| 评估专家组意见 | | 签字：  年 月 日 | | | | | | | |
| 评定委员会意见 | | 签字：  年 月 日 | | | | | | | |
| 备注 | |  | | | | | | | |