附件2

武汉市经济困难失能老年人集中照护救(补)助资金申请承诺书

本人（本机构）承诺如实填报入住信息，并及时准确报送变更信息。

1.保证入住养老机构期间，出现患有精神病、传染病或存在其他不宜入住机构情况时，将无条件与机构终止服务合同，暂时放弃入住养老机构补助待遇；

2.保证遵守行业法规规章和养老机构内部管理制度，遵守《市民政局 市财政局关于组织开展经济困难失能老年人集中照护服务工作的通知》有关规定；

3.诚实守信，保证在本人（服务对象）被取消低保、能力等级发生改变、死亡或其他原因终止服务合同以及出院（临时出院）等引起补助情况发生变化时，本人（本机构）于当月内主动报告本人（服务对象）户籍所在地街道办事处（乡镇人民政府）和区民政部门。

违反以上承诺，本人（本机构）自愿承担由此产生的相关后果和法律责任。

服务对象（或监护人）签字： 日期：

服务对象身份证号：

养老机构法定代表人签字：

养老机构法人盖章（公章）： 日期：