

附件 3:

## 寿县财政支出项目绩效自评报告

考评类型: 项目实施过程考评  项目完成结果考评

项目名称 整体支出绩效

项目单位 寿县红十字会门诊部

主管部门 寿县卫生健康委员会

考评工作组: 中介机构  专家组  考评组

2023 年 7 月 22 日

项目负责人	沈晏	联系电话	4023928
-------	----	------	---------

地 址	寿县寿春镇王家沟拐	邮编	232200
项目起止时间	2022 年 1 月 1 日至 12 月 31 日		
计划投资额（万元）	68.41	实际到位资金（万元）	68.41
其中：中央财政		其中：中央财政	
省财政		省财政	
市财政		市财政	
区、县（市）财政	68.41	区、县（市）财政	68.41
其它		其它	
基 本 概 况	2022 年全年工资补助，社保费及公积金的发放及上缴。		

项目绩效预期目标	对于全年支出计划安排，合理发放及上缴，年终全部完成。
项目执行情况	全年工资补助，社保费及公积金的支出时间及支出金额合理合规，发放有序，上缴及时，执行认真，圆满完成。
自评结论	本单位于 2022 年依托上级部门的关心与支持，做好本职工作，为合理安排本年度的整体支出工作，认真细致制定计划，安排人员进行及时了解计划实施进度，掌握整体支出的方向，圆满的完成了 2022 年整体支出绩效。

问 题 与 建 议	无			
评 价 人 员	沈晏			
	王晓华			
	王娅			
<p>考评工作组组长：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>项目单位负责人（签字并盖章）：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>				

备注：随同自评报告还应提供的有关资料：项目预算批复文件、预算执行的决算报告、审计报告、验收报告和有关项目管理的具体规定、主管部门认为需要提供的其他相关资料。

# 填报说明

一、本报告由考评工作组填写，所有内容必须真实、客观、公正。

## 二、封面填写

（一）考评类型：在项目所属类型的方框内打√，属于实施过程执行情况考评的填报“项目实施过程考评”；属于项目完成后考评的填报“项目完成结果考评”。

（二）项目名称：须与项目批复文件的项目名称一致。

（三）项目单位：填写全称，不得省略。

（四）主管部门：填写全称，不得省略。

## 三、报告内容填写

（一）项目负责人：当项目负责人有多个时，项目负责人、联系电话、地址和邮编等栏目，可调整格式，逐个填写。

（二）项目起止时间：按照项目预算批复至项目完工（竣工验收）的实际时间填写。

（三）基本概况：填列项目的实施依据、涉及范围、主要内容和用途等。

（四）项目绩效预期目标：主要填列项目绩效总目标、阶段性目标和预期的主要经济、社会、生态效益等。

（五）项目执行情况：重点对项目的绩效预期目标完成情况、项目结果及效益等进行分析说明。同时对项目组织管理情况、预算执行情况和财务管理状况等做出详细说明。

（六）自评结论：对项目实施后所取得的绩效进行总结，

并给出相应的考评等次。

（七）问题与建议：针对考评过程中发现的问题，提出相应的改进意见。

（八）考评人员：填写参与项目考评的所有成员名单，并由各成员签字确认。

（九）考评工作组组长：由项目单位组织的专家组或内部人员组成的考评组的负责人签字。

（十）项目单位负责人（签字并盖章）：项目单位签字后，须加盖单位公章。

四、自评报告统一使用 A4 纸打印、装订。

五、自评报告提交同级财政部门一式 2 份，同时报送电子文本，书面与电子文本的内容必须一致；上报主管部门的份数由主管部门自行确定。