合同编号：

上海市养老服务合同

甲方（服务机构）：

乙方（服务对象）：

丙方（担 保 人）：

根据《中华人民共和国合同法》及其他有关法律、法规的规定，甲、乙、丙三方本着平等、自愿、诚实守信的原则，经协商一致，签订本合同。

**第一条　服务内容与要求**

1．根据老年照护等级评估要求确定的乙方照护等级，甲方为乙方提供约定服务，见《首次服务项目确认表》（附件1）。

2．服务要求：各方同意养老服务标准按照以下第 执行。

（1）《上海市养老机构设施与服务要求》。

（2）其它： 。

**第二条　服务期限**

1．服务期限自 年 月 日至 年 月 日。

**第三条　服务费用**

1．乙方支付甲方服务费用：人民币 元/ 。

其中床位（托管）费：人民币 元/ 。

护理费：人民币 元/ 。

2．其它： 。

**第四条　支付方式**

1．服务费用支付方式选择以下第 项执行。

（1）按月支付（每月 日前支付当月费用）。

（2）其它 。

2．结算方式选择以下第 项执行。

（1）现金结算；

（2）支票转账。

**第五条　保证金**

1．乙方支付甲方入院保证金：人民币 元，合同签订之日起 日内支付。本合同终止时根据实际使用情况结清。

**第六条　甲方权利义务**

1．取得上海市养老机构执业证书和法人资格证书。

2．在乙方入住期间对其身体状况进行持续评估，如需变更照护等级的，应经乙方或丙方同意，并调整相应的服务内容和服务费用，见《变更事项确认表》（1-3）（附件3）。

3．按约定对乙方进行照护，如有下列情形之一的，甲方应做出相应处置：

（1）乙方需要外出就医的，甲方应及时告知丙方，并由丙方携乙方就诊。紧急情况下，可送急诊处置，由此产生的费用由乙方承担。

（2）乙方外出就诊后所配药品，甲方按卫生行政部门的相关规定及医嘱执行。如乙方为中度、重度照护者，甲方还应提供外配药品管理服务，并办理相关药物交接手续。

（3）乙方出现下列情况之一的，甲方应告知丙方携乙方外出就医。在征得丙方同意后，甲方可采取必要的安全保护措施。否则，甲方可按本合同第十条执行。

a）乙方因机能进行性衰退，坐、立困难，危及自身或他人安全的；

b）乙方因认知能力下降，行为不能自主，危及自身或他人安全的；

c）乙方因疾病或其他原因出现精神异常，危及自身或他人安全的。

**第七条　乙方权利义务**

1．如实告知健康状况和药品使用情况，并填写《首次入住健康状况介绍》（附件2）。

2．配合甲方做好持续评估，确认照护等级。

3．入住期间配合甲方管理，并遵守下列规定：

（1）贵重物品不宜带入院内，如有带入自行保管。

（2）未经甲方许可，不得使用自带家用电器。

（3）吸烟者应在指定地点吸烟。

（4）照护等级评估为中度、重度的，外出就医所配药品应委托甲方管理，并与甲方明确约定（约定内容见本合同第十二条）。

（5）出院时，应及时清理物品，结清相关费用。

**第八条　丙方权利义务**

1．有权了解乙方的生活情况，并可对甲方的照护工作提出意见和建议。

2．当乙方无法履行告知义务时，应向甲方如实告知乙方的健康状况和用药情况，并填写《首次入住健康状况介绍》（附件2）。

3．对乙方入住期间的费用及造成的经济损失等承担连带保证责任。

4．在乙方入住期间配合甲方管理：

（1）对甲方反映的有关乙方事宜，应配合甲方共同处理。

（2）乙方需外出就医的，应及时携乙方到医院就诊，根据医嘱执行，并向甲方如实告知乙方的就医情况。

（3）联系方式如有变动，应及时以书面方式告知甲方。

（4）当乙方不能自行处理时，办理乙方相应的费用结算，物品清理等事宜。

**第九条　保险**

1．甲、乙、丙三方可协商一致办理相关保险事宜。

2．甲方 （应填同意或不同意，打√无效）投保“养老机构责任险”。

3．乙方 （应填同意或不同意，打√无效）投保“入住老人意外险”。

**第十条　合同的解除**

1．有下列情形之一的，甲方可书面通知乙方或丙方解除本合同：

（1）乙方出现精神障碍，已经危及自身或他人人身、财产安全的。

（2）乙方患有必须隔离治疗的传染病。

（3）逾期 月未支付费用（不得少于2个月）。

（4）乙方连续请假外出超过 天（不得少于30天）。

2．有下列情形之一的，乙方可书面通知甲方解除本合同：

（1）甲方丧失养老机构执业资格的。

（2）不符合消防安全、卫生防疫、食药监等相关行政主管部门的规定要求，受到行政处罚的。

（3）因甲方原因造成乙方人身伤害的。

**第十一条　违约责任**

1．甲方未按合同约定提供服务，给乙方造成损失的，应予以赔偿。

2．乙方逾期支付服务费用的，每逾期一天应按逾期支付部分费用的 %向甲方支付违约金。

3．其他违约责任： 。

**第十二条　其他约定**

1．外出约定： 。

2．委托发放外配药品约定： 。

3．其它约定： 。

**第十三条　争议解决方式**

合同各方发生争议的，可协商解决，或向有关部门申请调解；也可提请上海仲裁委员会仲裁**（不愿意仲裁而选择向法院提起诉讼的，请双方在签署合同时将此仲裁条款划去）**。

**第十四条　附则**

1．本合同未尽事宜，可另行协商签订补充协议。

2．本合同附件是本合同的组成部分，具有同等法律效力。

3．本合同自各方签字或盖章之日起生效。本合同一式三份，甲、乙、丙三方各执一份。

本合同附件：

1．《首次服务项目确认表》

2．《首次入住健康状况介绍 》

3．《变更事项确认表》（1-3）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 甲方（服务机构）： | | | |
| 名　　称 | | | |
| 住所（址） | | 邮编 | |
| 法定代表人 | | 联系电话 | |
| 签字/盖章 | | | |
| 乙方（服务对象）： | | | |
| 姓名 | 性别 | | 出生年月 |
| 身份证号 | | | |
| 住所（址） | | | |
| 户籍所在地 | | 邮编 | |
| 签字/盖章 | | | |
| 丙方（担保人）： | | | |
| 姓名 | 性别 | | 出生年月 |
| 身份证号 | | | |
| 住所地 | | | |
| 户籍所在地 | | 邮编 | |
| 与乙方关系 | | 联系电话 | |
| 签字/盖章 | | | |
| 签约日期 年 月 日 | | | |

附件1

**首次服务项目确认表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 入住区域 |  | 床号 |  | 照护等级 评估日期 | |
| 服务项目 | 服务内容 | | | | 合计 |
| 进食 | A喂食 □ B饮水 □ C食物切碎或搅拌 □ | | | | 提供 项服务 |
| 修饰  洗浴 | A漱口 □ B刷牙 □ C洗脸 □ D洗手 □ | | | | 提供 项服务 |
| E义齿清洁 □ F口腔护理 □ G梳头 □ H洗脚□ | | | |
| I清洗会阴部 □ J剃须 □ K修剪指（趾）甲 □ | | | |
| L洗头 □ M理发 □ N洗浴 □ | | | |
| 穿（脱）衣 | A部分帮助穿脱 □ B完全帮助穿脱 □  C部分帮助更换 □ D完全帮助更换 □ | | | | 提供 项服务 |
| 如厕  排泄 | A提醒如厕 □ B扶助如厕 □ | | | | 提供 项服务 |
| C协助使用便器 □ D更换尿布 □ E清洁皮肤 □ | | | |
| 移动 | A协助站立 □ B协助行走 □ C协助上下楼 □ | | | | 提供 项服务 |
| D协助使用助步器 □ E协助使用轮椅 □ | | | |
| 压疮护理 | A定时翻身 □ B清洁皮肤 □ | | | | 提供 项服务 |
| 物品整理 | A部分帮助整理床单位 □ B完全帮助整理床单位 □ | | | | 提供 项服务 |
| C部分帮助整理衣物 □ D完全帮助整理衣物 □ | | | |
| 用药 | A保管药品 □ B发放药品 □ C帮助服药 □ | | | | 提供 项服务 |
| 膳食 | A一日三餐 □ B特殊饮食 □ C送餐 □ | | | | 提供 项服务 |
| 洗涤 | A衣物洗涤 □ B被褥洗涤 □ C尿布洗涤 □ | | | | 提供 项服务 |
| 其它 | A物品清洁、消毒 □ B预防保健 □ C社交娱乐 □ | | | | 提供 项服务 |
| 约定服务 |  | | | |  |
| 甲方代表签字 甲方盖章 乙/丙方签字  年 月 日 年 月 日 | | | | | |
| 注：1．根据入住老年人的照护等级确定相应服务内容。  2．“服务内容”一栏在确认内容后的“□”内打勾。  3．“合计”一栏在“提供 项服务”内填写字母。 | | | | | |

附件2

**首次入住健康状况介绍**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 乙方姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 入住部门 |  | 床号 |  | 照护等级 评估日期 | |
| 丙方姓名 |  | | | 与老人关系 |  |
| 既往疾病介绍  □慢性支气管炎 □肺气肿 □肺源性心脏病 □支气管哮喘、扩张 □气胸  □慢性心衰 □心律失常 □高血压 □冠心病 □心脏瓣膜病  □心肌病 □脉管炎 □肺结核 □消化道出血 □胃溃疡  □结肠炎 □胆囊炎 □胆结石 □肝炎 □肝硬化  □肾功能不全 □肾炎 □泌尿系结石 □前列腺炎  □甲状腺病（甲亢、甲减、甲状腺炎、结节） □糖尿病 □骨质疏松  □痛风 □关节炎 □红斑狼疮 □贫血  □脑出血 □脑梗塞 □帕金森氏综合症 □重症肌无力 □癫痫  □美尼尔氏综合征 □老年性痴呆 □抑郁症 □焦虑症  □肿瘤 □白内障 □青光眼 □皮肤病  其它疾病 | | | | | |
| 现有疾病介绍  □慢性支气管炎 □肺气肿 □肺源性心脏病 □支气管哮喘、扩张 □气胸  □慢性心衰 □心律失常 □高血压 □冠心病  □心脏瓣膜病 □心肌病 □脉管炎  □消化道出血 □胃溃疡 □结肠炎 □胆囊炎 □胆结石 □肝硬化  □肾功能不全 □肾炎 □泌尿系结石 □前列腺炎  □甲状腺病（甲亢、甲减、甲状腺炎、结节） □糖尿病 □骨质疏松  □痛风 □关节炎 □红斑狼疮 □贫血  □脑出血 □脑梗塞 □帕金森氏综合症 □重症肌无力 □癫痫  □美尼尔氏综合征 □老年性痴呆 □抑郁症 □焦虑症  □肿瘤 □白内障 □青光眼 □皮肤病  其它疾病 | | | | | |
| 现服药情况 | | | | | |
| 注：1．乙方申请入住甲方时，由乙方或丙方填写，介绍乙方所患疾病情况。  2．在“□”内用“√”表示确认患有的疾病。 | | | | | |

附件3　变更事项确认表（1-3）

**变更事项确认表（1）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 入住区域 |  | 床号 |  | 照护等级（首次） 评估日期 | |
| 变更事项 | 变更后的状况 | | | 变更后签章 | |
| 照护  等级 | 第一次变更  照护等级 | | | 甲方代表签章：  乙/丙方签章:  年 月 日 | |
| 第二次变更  照护等级 | | | 甲方代表签章：  乙/丙方签章:  年 月 日 | |
| 付费  标准 | 第一次变更  床位（托管）费：人民币 元/月  护理费：人民币 元/月 | | | 甲方代表签章：  乙/丙方签章:  年 月 日 | |
| 第二次变更  床位（托管）费：人民币 元/月  护理费：人民币 元/月 | | | 甲方代表签章：  乙/丙方签章:  年 月 日 | |

**变更事项确认表（2）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 入住区域 |  | 床号 |  | 照护等级（首次） 评估日期 | |
| 变更事项 | 变更后的状况 | | | 变更后签章 | |
| 照护  内容 | 第一次变更  增加服务内容        减少服务内容 | | | 甲方代表签章：  乙/丙方签章:  年 月 日 | |
| 第二次变更  增加服务内容        减少服务内容 | | | 甲方代表签章：  乙/丙方签章:  年 月 日 | |

**变更事项确认表（3）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 入住区域 |  | 床号 |  | 照护等级（首次） 评估日期 | |
| 变更事项 | 变更后的状况 | | | 变更后签章 | |
| 外出  约定 | 第一次变更：  1．乙方  （应填写能或不能）自主决定外出。  2．能自主外出的，安全由乙/丙方自行承担。  注：外出时请带好个人信息卡。 | | | 甲方代表签章：  乙/丙方签章:  年 月 日 | |
| 第二次变更：  1．乙方  （应填写能或不能）自主决定外出。  2．能自主外出的，安全由乙/丙方自行承担。  注：外出时请带好个人信息卡。 | | | 甲方代表签章：  乙/丙方签章:  年 月 日 | |
| 委托  发放  外配  药品  约定 | 第一次变更  1．乙方外出就医所配药品  （应填写委托或不委托）甲方按医嘱发放。  2．甲方 （应填写接受或不接受）乙/丙方委托：外出就医所配药品按医嘱发放。 | | | 甲方代表签章：  乙/丙方签章:  年 月 日 | |
| 第二次变更  1．乙方外出就医所配药品  （应填写委托或不委托）甲方按医嘱发放。  2．甲方 （应填写接受或不接受）乙/丙方委托：外出就医所配药品按医嘱发放。 | | | 甲方代表签章：  乙/丙方签章:  年 月 日 | |