合同编号：{合同编号}

甘肃省养老机构服务合同

示范文本

甘肃省民政厅

甘肃省市场监督管理局

说 明

1.本合同文本为示范文本，由甘肃省民政厅、甘肃省市场监督管理局共同制定。

2.全省养老机构和服务对象可参照本示范文本签订服务合同，也可在有关法律法规、规定范围内结合实际情况调整使用，或者签订补充合同。

3.本示范文本所称养老机构，是指依法办理登记，为老年人提供全日集中住宿和照料护理服务，床位数在10张以上的机构。养老机构包括营利性养老机构和非营利性养老机构。营利性养老机构办理备案，应当在收住老年人后10个工作日以内向服务场所所在地的县级人民政府民政部门提出。非营利性养老机构办理备案，应当在收住老年人后10个工作日以内向登记管理机关同级的人民政府民政部门提出。

4.养老机构应当就合同重大事项对老年人及其家属或其担保人（或监护人、紧急联系人）尽到提示义务。老年人及其家属或担保人（或监护人、紧急联系人）等应当审慎签订合同，注意查看、了解养老机构的经营资质、收费情况和服务质量，在签订本合同前，要仔细阅读合同条款，特别是审阅其中具有选择性、补充性、修改性的内容，注意防范潜在的风险。

5.当事人应当结合具体情况选定本示范文本的选择性条款，划线处应当以文字形式填写完整。文中“□”中选择内容，以划“√”方式选定；对于实际情况未发生或双方当事人不作约定时，应当在文中“□”中以划“×”，以示删除。

6.当事人可以针对合同中未约定或约定不明确的内容，根据养老服务内容的具体情况在相关条款后的空白处中进行补充约定，也可以另行签订补充协议，补充协议内容不得与主合同条款冲突，且补充的内容不得减轻或者免除应当由养老机构承担的责任。

7.当事人可以根据实际情况决定本合同原件的份数，并在签订合同时认真核对，以确保各份合同内容一致；在任何情况下，各方当事人都有权持有至少一份合同原件。

8.本合同约定了各方的民事权利义务关系，因产生的纠纷，各方可依据《中华人民共和国民法典》和本合同的约定协商解决，也可以通过诉讼或仲裁解决。

**甲方（养老机构）：{甲方名称}**

名　　称： {名称}

证件类型：{证件类型}

统一社会信用代码：{统一社会信用代码}

机构备案号： {备案号}

通信地址：{通信地址} 邮编：{邮编}

机构电话：{机构电话} 机构邮箱：{机构邮箱}

法定代表人：{法定代表人} 联系电话：{联系电话}

**（务必填写真实有效的通讯地址和联系方式，因填写的信息有误，应承担相应的法律后果）**

**乙方（入住老年人）：{入住老年人姓名}**

姓名：{姓名} 性别：{性别} 民族：{民族} 国籍：{国籍}

证件类型：{证件类型}

证件号码：{证件号码}

户籍所在地：{户籍所在地} 邮编：{邮编}

家庭住址：{家庭住址} 邮编：{邮编}

手机号码：{手机号码} 电子邮箱：{电子邮箱}

**（务必填写真实有效的通讯地址和联系方式，因填写的信息有误，应承担相应的法律后果）**

**{丙方}**

{选项类型}

**丙方为个人的：**

姓名：{姓名} 性别：{性别} 民族：{民族} 国籍：{国籍}

与乙方关系：{关系}

手机号码：{手机号码} 电子邮箱：{电子邮箱}

证件类型：{证件类型}

证件号码：{证件号码}

户籍所在地：{户籍所在地} 邮编：{邮编}

经常居住地：{经常居住地} 邮编：{邮编}

工作单位：{工作单位} 联系电话：{联系电话}

单位地址：{单位地址} 邮编：{邮编}

通信地址：{通信地址}

**{丙方为单位的}**

单位名称：{单位名称}

法定代表人（或负责人）：{法定代表人}

通讯地址：{通讯地址} 邮编：{邮编}

联系人：{联系人姓名}   
联系电话：{联系电话}

传真号码：{传真号码} 电子邮箱：{电子邮箱}

**（若乙方属于限制民事行为能力或者无民事行为能力的入住老年人，须由监护人签字确认。务必填写真实有效的通讯地址和联系方式，因填写的信息有误，应承担相应的法律后果。）**

根据《中华人民共和国民法典》《中华人民[中华人民共和国老年人权益保障法](http://www.baidu.com/link?url=tz2R9AjiEZI39fx7UAnryLIhz8tkcnwNPdgsDlI5B9TKQ1bVK3HLHhxYgkhLUiom2LJrC9InztcQ-ClhWq3yOa)共和国老年人权益保障法》《养老机构管理办法》等有关法律、法规的规定，{甲方}、{乙方}、{丙方}本着平等、自愿、公平、诚实守信的原则，经友好协商，就{甲方}为{乙方}提供养老服务事宜达成一致，签订本合同，供各方遵照履行。

第一条　乙方入住的条件及程序

1.乙方入住条件

（1）无精神疾病、无传染性疾病；

（2）无其他不适宜入住的情形： {其他情形}。

2.入住程序

2.1乙方、丙方应当向甲方提交各自的有效身份证件的复印件。丙方系单位的，须向甲方提交有效注册登记证照材料的复印件（加盖公章）、法定代表人/负责人及联系人的身份证件复印件。

乙方应当向甲方提交授权委托书。

上述材料作为本合同的附件（附件1）。

2.2乙方和丙方必须如实向甲方提供信息资料，如实告知乙方健康状况、用药情况及过往病史，如实填写《入住登记表》（附件2）。

2.3乙方、丙方在签订本合同时，还应当阅读《综合告知书》（附件3）并签字，作为本合同组成部分。

2.4乙方、丙方应当按《体检报告项目说明》（附件4）的内容向甲方提供乙方在本合同签署前30日内在本省范围内二级甲等以上级别医院进行体检的《体检报告》。

2.5老年人能力综合评估。甲方应根据国家标准《老年人能力评估规范》（GB/T42195-2022）、《入住登记表》和《体检报告》等，对乙方的身体状况进行能力综合评估，确定乙方的综合能力等级为{综合能力等级}（在下面的“√”选项中，选“×”中的打{√}，不选的打{×}）。

□0级 能力完好

□1级 能力轻度受损（轻度失能）

□2级 {能力状态}（{失能程度}）

□3级 能力{重度受损（重度失能）}

□4级 能力完全丧失（完全失能）

乙方、丙方认可甲方进行的评估结果，评估结果作为本合同的附件（附件5）。

1. 服务内容及标准

1.甲方按照约定向乙方提供生活照料、康复护理、精神慰藉、文化娱乐等服务。甲方提供的服务应当符合法律法规规章和国家强制性标准《养老机构服务安全基本规范》（GB38600-2019）要求，并尽可能执行相关国家、行业和地方推荐性标准。

2.经甲方与乙方或丙方商定，甲方向乙方提供的护理等级和服务项目详见本合同《护理等级与服务项目》（附件6）

3.在本合同履行过程中，乙方或丙方如果选择《护理等级与服务项目》以外的其他服务项目，经当事人协商一致后另行签署书面补充协议确定。

4.在本合同履行过程中，甲方每年定时对乙方进行一次老年人能力综合评估。如乙方身心状况发生变化，需要变更照料护理等级的，甲方应当及时重新进行老年人能力综合评估。甲方确定或者变更乙方照料护理等级，应当经乙方、丙方同意。乙方、丙方同意变更照料护理等级的，应当签署《变更事项确认表》（附件7）。乙方、丙方对重新评估结果有异议的，可与甲方协商进行复评，根据复评结果，仍需要调整乙方相应的照料护理等级、服务内容和服务费用的，乙方、丙方应当签署《变更事项确认表》。

第三条　服务地点及设施

1.甲方为乙方提供养老服务的地点为： {具体门牌号}。

2.甲方经营场所性质（在下面的选项中，选中的打“√”，不选的打“×”）：□自有产权 □租赁（租赁期限自{起始年份}年{起始月份}月{起始日期}日至{结束年份}年{结束月份}月{结束日期}日）。

3. {乙方或丙方选择的房间类型}为（在以下几种情况中选择一种）：

{房型选择}

4. 乙方或丙方为乙方选择的具体房间床位为： {具体房间床位}。

5.乙方或丙方基于正当理由要求调整房间的，甲方在条件许可的范围内应尽量满足。若因房间变化，需要相应调整费用的，应由各方协商一致书面确认后调整，如各方不能达成一致书面确认，则仍依本合同约定房间履行。

6.甲方提供的服务设施除了住宿的房屋，还包括房间内生活起居必要的基础设施及公共设施，具体明细见《设备设施清单》（附件8）。

第四条　收费标准及费用支付方式

1.甲方的收费标准和调整应遵守养老机构服务收费管理的相关规定，预收费应当按照国家规定和《甘肃省单用途预付消费卡管理条例实施细则（试行）》要求执行，不得违规收取大额预付费、向服务对象兜售保健品，不得以许诺还本付息或者给予其他投资回报、虚假夸大宣传、承诺明显低于市场价入住、折扣返利等与事实不符的条件诱导乙方或丙方交纳费用。

2.甲方提供的各种服务项目的收费标准和收费依据应在养老机构内公共区域显著位置进行公示，或以{公示方式}（养老机构网站、政府部门有关网站等）进行线上公示，具体明细见《服务项目及收费标准》（附件9）。

3.根据乙方、丙方入住时所选择的房间、照料护理等级及服务项目，各方共同确认，乙方入住甲方需支付的养老服务总费用为 {费用金额} 元/月（大写： {费用金额大写} 元整），预收养老**服务费周期最长不得超过12个月。其中：**

（1）床位费：{床位费金额} 元/月；

（2）护理费：{护理费金额} 元/月；

（3）膳食费：{膳食费金额} 元/月；

（4）其他费用： {费用内容}。

4.费用按第 {支付方式} 种方式支付：

（1）按季度支付（每季度第 {月份} 的 {日期} 前支付当季费用）。

（2）按月支付（每月 {日期} 前支付下一个月费用）。

（3）其他： {内容}

5.试住期按以上标准，根据实际入住天数结算费用，不足一天的按一天计算。

6.甲方指定的专用资金存管账户信息如下（该账户应符合《甘肃省单用途预付消费卡管理条例实施细则（试行）》规定要求）：

户名：{户名}

开户银行：{开户银行}

账号：{账号}

7.乙方或丙方指定的付款账户信息如下：{付款账户信息}

户名：{户名}

开户银行：{开户银行}

账号：{账号}

8.本合同签署生效后{天数}日内，乙方或丙方应向甲方支付入住保证金，保证金金额为：{金额}元（大写：{大写金额}元整），入住保证金最多不**得超过该老年人月床位费的12倍。**

9.该保证金可用于抵扣乙方或丙方欠付的养老服务费用、违约金、赔偿金以及出现突发情况救治时需支付给医院的押金及相关费用等。

10.入住保证金被抵扣或者扣除后，乙方或丙方应当在收到甲方通知后{补足时限}日内补足。

11.甲方不得将保证金挪作他用，在合同到期或合同提前终止、解除时，扣除应结清的相关费用后应于 {返还日期} 日内返还至乙方或丙方账户。

12.乙方接受甲方除本合同约定外的其他服务项目的，应根据甲方公示的收费标准或者补充合同的约定交纳费用。

13.预收服务费用及入住保证金不计利息。

14.甲方按照约定在合同签订后 {工作日数} 日内向乙方或丙方提供《个人费用明细表》，乙方或丙方应{签字确认}。乙方或丙方如有异议，可在收到《个人费用明细表》后7日内{书面提出}，甲方应做出{书面说明}。

对于双方无争议费用金额应按照本合同约定时间支付，乙方或丙方不得以异议费用为由拒绝支付其他费用，否则按本合同第十条第四款约定处理。

15.乙方、丙方共同承担向甲方支付本合同约定价款的义务。

16.甲方在收到款项后应向付款人开具等额的合法收费发票或收据。

17.乙方因就医或者其他原因不在甲方入住，但是应乙方、丙方的要求保留房间或者床位的，应当向甲方支付床位费。

18.乙方因公共卫生突发事件被采取隔离措施的，所发生的隔离费用按照乙方被隔离的原因确定。在此情况下乙方在甲方外隔离，甲方为其保留床位的，床位费由乙方承担。如果乙方被隔离是由于甲方原因所致，则隔离费用全部由甲方承担，在此情况下乙方在甲方外隔离，甲方为其保留床位的，床位费由甲方承担。

第五条　合同期限及期满的处理

1.经协商，确定本合同期限为 {合同期限} 年，自 {开始年} 年 {开始月} 月 {开始日} 日起至 {结束年} 年 {结束月} 月 {结束日} 日止。其中，试住期为 {试住期日数} 日，自 {试住期开始年} 年 {试住期开始月} 月 {试住期开始日} 日起至 {试住期结束年} 年 {试住期结束月} 月 {试住期结束日} 日止（原则上不超过15日）。

2.乙方自签署本合同的次日起，有{冷静期天数}天冷静期，冷静期期间，在未入住机构的情况下，有权无条件解除本合同，乙方经与甲方以{联系方式类型}方式确认退费申请后，甲方应于{退费处理天数}日内一次性返还全部预付费用。

3.合同期满前30日，乙方可申请续签合同，也可由丙方代为申请续签。

4.续签的养老服务合同内容应当由甲方、乙方和丙方协商确定。

5.如果乙方或丙方未在合同期限届满前30日提出续签合同，或者乙方或丙方虽在合同期限届满前30日提出续签合同申请，但各方未就合同续签达成一致，乙方应于合同到期后 {搬离期限} 日内搬离甲方，办理离院手续并结清所有费用。

第六条　甲方权利及义务

1.甲方权利

1.1有权按照本合同约定收取相关费用。

1.2有权依法依规并合理的制订、修改甲方的规章制度并按照公示的规章制度对乙方进行管理，且该规章制度应作为本合同附件。

1.3有权拒收不适合乙方身体状况的食品、非医嘱药品及具有危险性的物品。

1.4乙方出现机能进行性衰退、认知能力下降至不可自控、精神异常导致行为不能自主，危及自身或他人安全的，经丙方同意（紧急情况除外），甲方有权采取必要的安全保护措施，安全保护措施相关内容、程度、评级等需提前向乙方或丙方公示，取得乙方或丙方同意。

1.5为了乙方的健康和安全，乙方出现紧急情况时，有权在通知乙方或丙方同意的同时（紧急情况除外），采取必要的处置措施，包括但不限于转送医疗机构，由此产生的费用由乙方或丙方承担。

1.6在法律允许范围内，在征得乙方、丙方的同意后，可以合理使用乙方入住期间信息资料，如纪念、收藏、活动展览等，但不得以营利为目的使用乙方的信息资料。

2.甲方义务

2.1甲方应是依法成立的养老服务机构，应按照建筑、消防、食品安全、医疗卫生、特种设备等法律、法规和强制性标准及相关规范要求开展服务活动，确保按约定向乙方提供符合服务质量标准的养老服务；建立安全应急预案，并应定期对应急预案进行演练。

2.2应当根据登记类型、经营性质、运营方式、设施设备条件、管理水平、服务质量、照料护理等级等因素合理确定服务项目收费标准，调整收费标准时应遵守国家和甘肃省价格管理的有关规定。

2.3应当依法与乙方及丙方签订服务协议，明确双方的权利和义务。未签订服务协议，不得收住乙方。甲方不得以任何理由向乙方宣传或动员乙方参加任何形式的投资、入股、集资等活动。

2.4应当提供符合乙方住宿条件的居住用房，并配备适合乙方安全保护要求的设施、设备及用具，定期对乙方的活动场所和物品进行消毒和清洗；甲方提供的饮食应当符合食品安全要求、适宜乙方食用、有利于乙方营养平衡和身体健康。

2.5应保证从事医疗、康复、消防等服务人员持有关部门颁发的相应专业技术等级证书上岗，保证养老护理人员接受专业技能培训，并定期组织工作人员进行职业道德教育和业务培训，能够满足岗位职责要求。

2.6在提供服务过程中，甲方及其工作人员应尊重乙方，尽力合理地保障乙方的人格尊严和人身、财产安全，并接受乙方、丙方的合理建议和监督。

2.7应当根据合同约定为乙方提供情绪疏导、心理咨询、危机干预等精神慰藉服务；应当开展适合老年人的文化、教育、体育、娱乐活动，丰富老年人的精神文化生活。甲方开展文化、教育、体育、娱乐活动时，应当为乙方提供必要的安全防护措施。

2.8定期组织乙方参加体检并建立个人健康档案。保存乙方的入住登记表、体检报告等健康资料以及日常经费开支情况等个人信息。应当建立各类信息资料档案的保管和归档，除向乙方、丙方和其他有权部门（公安局、检察院、法院、纪委监察、养老服务行业主管机关因办案、监督、检查需要）提供查阅、允许复制外，不得对外透露。

2.9发现乙方为疑似传染病病人或者精神障碍患者时，应依照传染病防治、精神卫生等相关法律法规的规定处理，及时向附近的疾病预防控制机构或者医疗机构报告，配合实施卫生处理、隔离等预防控制措施，并及时通知丙方。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。

2.10应当为乙方家庭成员（或其他亲友）看望或者问候老年人提供便利，为乙方联系家庭成员提供帮助；但不得影响甲方对于乙方正常服务或管理，否则甲方有权拒绝。

2.11在发生公共卫生事件等特殊情况，甲方应贯彻执行政府部门的防控政策规定，积极落实疫情防控措施，并对乙方或丙方做好解释工作。

2.12乙方存在不适宜继续续约情况的（甲方和乙方、丙方商定不适宜续约情况列表），{甲方}应在合同期满30日前，向{乙方}及{丙方}说明情况，并发出{不予续约通知}。

2.13甲方因停业、歇业等原因暂停、终止服务的，应当提前30日，书面通知乙方或丙方，并在其服务场所、门户网站等醒目位置向社会公告；将入住老年人的安置方案书面告知甲方所在属地的民政部门。在解散清算前，甲方应当依法妥善安置乙方。如乙方或丙方有意与其他养老机构签订服务协议的，甲方应当积极为乙方联系与甲方具有同等资质同等服务的养老服务机构，并促进双方合同成立；如乙方或丙方需解除或终止服务协议的，甲方应当及时退还乙方或丙方剩余费用。

2.14当乙方出现紧急情况时，应及时联系和通知丙方。

2.15乙方在甲方服务期间去世的，甲方应及时与乙方监护人或丙方取得联系，无法与乙方监护人或丙方取得联系的，应及时联系殡仪馆，妥善保存遗体，发生的费用由乙方监护人或丙方承担。

2.16甲方应当实行24小时值班，做好老年人安全保障工作。甲方应当在各出入口、接待大厅、值班室、楼道、食堂等公共场所安装视频监控设施，并妥善保管视频监控记录。

第七条　乙方权利及义务

1.乙方的权利

1.1委托丙方全权处理与本合同的订立、履行、变更、解除、终止、续约等有关的全部事项，并认可代理行为，接受代理结果。

1.2享有隐私权，人格尊严和人身、财产安全不受非法侵害的权利。

1.3有权按照本合同的约定获得甲方提供的养老服务。

1.4有权对甲方的管理服务提出意见和建议。

1.5有权查阅、复印甲方为其建立的个人档案，对自身的健康状况、费用支出、入院记录等有知情权。

1.6有权参加甲方组织的适合乙方健康状况的活动。

1.7有权了解提供服务的人员是否经过专业培训，是否具备相应资质，有权要求甲方更换未经专业培训或不具备相应资质或提供服务不合格的人员。

1.8有权在突发疾病的情况下获得甲方及时、必要的医疗帮助。

1.9乙方不存在不适宜续约情况列表中所列情形的，享有优先续约权，可以在合同期满30日前提出续约。

2.乙方的义务

2.1应当按照本合同约定的时间和金额支付养老服务费用。自行承担在医院就医治疗所发生的医疗费、住院押金等一切费用。对于甲方垫付的费用应及时结清。

2.2应当如实提供甲方所需的信息材料（包括但不限于乙方的家庭成员、既往病史、健康状况、脾气秉性和药品使用情况等信息），并确保真实、有效、无虚假与隐瞒，如实填写《入住登记表》。

2.3应当配合甲方做好评估，确认照料护理等级，配合甲方参加定期体检，并承担体检费用。

2.4应当自觉遵守甲方的规章制度，维护甲方正常运营秩序。爱护甲方的设施设备，不得改变或者破坏入住房间及其设施设备。未经甲方书面同意，不得在房间内添置任何设施设备。

2.5未经甲方书面同意，不得带入电器，不得违规使用电器；不得存放危险物品。

2.6不得在房间内和甲方的禁烟区吸烟，不得酗酒。

2.7乙方因疾病需要治疗的，在治疗期间应当遵守医嘱，配合治疗。如外出就医需在医院观察治疗的，应当及时通知甲方。

2.8不得私自留宿他人。外出应当做好请假、销假登记，在外留宿应当及时通知甲方。

2.9如损坏甲方设施设备的，应当按照《设备设施清单》上标明的价格赔偿甲方损失。

2.10对于甲方提供的其他符合合同约定、法律规定的养老服务，乙方应予配合甲方的服务工作。

2.11乙方入院携带贵重物品的，应提前告知甲方并按甲方要求存放。

第八条 {丙方权利及义务}

1.丙方的权利

1.1有权依据法律规定或者与乙方的约定，接受乙方的指定，代理乙方全权处理与本合同的订立、履行、变更、解除、终止、续约等有关的全部事项，维护乙方的合法权益。

1.2对乙方有探视权，但不得影响甲方对于乙方正常服务或管理。

1.3对乙方的健康状况、享受服务情况、费用支出、入院记录等有知情权，有权查阅、复印甲方为乙方建立的个人档案。

1.4有权了解提供服务的人员是否经过专业培训，是否具备相应资质，有权要求甲方更换未经专业培训或不具备相应资质或提供服务不合格的人员。

1.5遇紧急情况，包括但不限于乙方走失、身体健康状况出现紧急情况时，有权及时从甲方得到相关信息。

1.6有权对甲方的管理服务提出批评建议。

2.丙方的义务

2.1乙方入住前，丙方要如实向甲方反映乙方的情况，如脾气秉性、家庭成员、既往病史、健康状况和药品使用情况等，协助乙方如实填写《入住登记表》，并确保真实、有效、无虚假与隐瞒。

2.2劝导乙方入住后要自觉遵守甲方的规章制度，接受管理，爱护甲方提供的各项服务设施。在甲方规章制度合理合法合规的情况下，因乙方自身原因导致违反本合同约定或甲方制定的规章制度，造成甲方损失或第三人人身、财产损害的，乙方需承担赔偿责任，丙方应当承担连带赔偿责任。但甲方规章制度存在不合法、不合理情形的除外。

2.3应劝导乙方在接受甲方提供的养老服务期间，因疾病进行诊疗时，应在治疗期间遵守医嘱，配合治疗。乙方需外出就医的，丙方应当及时携乙方到医院就诊，并向甲方如实告知乙方的就医情况。

2.4应当经常与乙方沟通、探视，满足乙方的精神需求。

2.5按时足额向甲方支付约定的养老服务费、保证金及相关费用。

2.6 及时协助甲方处理乙方出现的紧急情况。当甲方按照第六条第{相关条款}约定处理时，丙方应及时足额支付由此产生的费用。

2.7如若家庭及单位地址、联系方式变更时，应及时通知甲方。

2.8如乙方突发危重疾病，应当在接到甲方电话通知后及时赶达医院，负责处理乙方的治疗事宜。

2.9如乙方在入住甲方期间去世的，应及时进行善后处理并支付相关费用。

**丙方为付款义务人、连带责任保证人、联系人、代理人以及其他主体时，具体的权利义务内容可根据实际情况，经甲方、乙方同意后进行增减。**

第九条　合同的变更和解除

1.合同的变更

在本合同履行过程中，各方经协商一致，可以签订补充协议，对合同相关内容进行变更。

2.合同的解除

2.1除本合同另有约定外，出现下列情形之一的，{乙方、丙方}有权解除本合同：

2.1.1甲方提供的服务不符合合同约定，经乙方、丙方书面提出后15日内不改正的。

2.1.2因甲方或甲方工作人员的故意或者重大过失造成乙方人身或重大财产损害的。

2.1.3乙方在试住期内不适应居住环境或管理方式的。

2.1.4乙方在冷静期内要求解除合同的。

2.1.5本合同履行过程中，乙方或丙方提前30日书面通知甲方解除合同并结清服务费用的。

2.1.6乙方因疾病或其他个人原因离院的，但乙方或丙方不提出解除本合同而要求保留床位或房间的除外。

2.2除本合同另有约定外，出现下列情形之一的，甲方有权解除本合同：

2.2.1乙方或丙方无故拖欠各项费用，或逾期未补足入住保证金超过15日，经甲方催告后7日内仍不支付的。

2.2.2乙方出现精神障碍、患有必须隔离治疗的疾病或者具有暴力倾向等人身危险的。

2.3除本合同另有约定外，出现下列情形之一的，{甲方}、{乙方}、{丙方}均有权解除本合同：

2.3.1乙方、丙方对评估结果如有异议，可自行向有资质的第三方机构申请复评，根据复评结果，仍需要调整乙方相应的照料护理等级、服务内容和服务费用，但乙方、丙方拒绝签署《变更事项确认表》（附件7）的，或者乙方或丙方对评估结果有异议，但又不与甲方协商进行复评的。

2.3.2如果根据乙方健康状况的变化，不调整服务项目将导致乙方的健康安全无法保障的，在甲方提出变更的服务方案后，乙方、丙方拒绝变更服务方案的。

第十条　违约责任

1.因甲方及其工作人员的过错，损害乙方人身或财产权利的，由甲方承担赔偿责任。

2.甲方提供的服务不符合第六条约定的标准，乙方、丙方有权要求甲方改正，甲方须在 {整改期限}日内完成改正，造成乙方人身或财产损失的，甲方应当赔偿相应损失，逾期不改正的，乙方、丙方有权解除合同，并要求甲方承担 {违约金金额}的违约金及因此给乙方、丙方造成的所有损失。

3.甲方或其工作人员侵犯乙方、丙方知情权的，乙方、丙方有权要求甲方改正，甲方应在 {整改期限} 日内完成改正，并应当赔偿因此给乙方、丙方造成的损失。

4. 乙方或丙方逾期支付入住费用或保证金的，每逾期一日应按逾期未付金额的万分之{违约 金比例}向甲方支付违约金（违约金比例不得超过万分之三，违约金总额不超过应补足金额的30%）。

5.乙方或丙方未将乙方健康状况、用药情况及过往病史如实告知甲方，造成甲方在提供服务过程中护理失当的，由乙方或丙方承担相应的后果和责任。

6.因乙方原因造成甲方或第三人人身或财产损失的，乙方、丙方应承担连带赔偿责任。

7.如有下列情形，甲方不承担责任：

7.1乙方入住期间，乙方因自身身体原因患病或去世的；

7.2乙方被丙方接出、陪伴期间发生事故的；

7.3乙方未按合同约定在养老机构擅自存放贵重物品并造成贵重物品损毁或丢失的；

7.4合同解除后，乙方滞留在甲方期间发生事件导致乙方受到损失的；

7.5其他不可抗力造成乙方损失和伤害的。

第十一条 {不可抗力具体内容}

1.甲、乙、丙三方中的任何一方因遭受不可抗力导致未能履行其在本合同下的全部或部分义务的，不承担违约责任。遭受不可抗力的一方应及时将发生不可抗力的情形通知对方，并在15个工作日内将不可抗力发生的有效证明提供给对方。

2.不可抗力指在签订合同时不可预见，在合同履行过程中不可避免且不能克服的自然灾害和社会性突发事件，包括但不限于疫情、地震、骚乱、戒严、暴动、战争、政府行为等其他情形。

3.因不可抗力导致本合同无法履行的，遭受不可抗力的一方应在不可抗力发生后及时通知合同其他当事人，本合同自动解除，各方互不承担违约责任。甲方、乙方、丙方应积极协调，妥善安置乙方。

第十二条　通知与送达

1.在本合同首页中所标明的甲方、乙方和丙方的地址和联系方式为各方各自有效的通讯地址和联系方式。一方变更通讯地址和联络方式应及时通知其他各方。

2.以下情形，视为送达，但受送达人有证据证明其因客观原因未实际接收到通知的除外：

需采用其他方式送达的，能当面送达的，应当当面送达，无法当面送达的，采用电话送达，电话无法送达的，可采用电子邮箱送达，电子邮箱无法送达的，可采用传真送达。

因受送达人通讯地址或其他相关信息错误、不详或发生变更未及时通知其他各方造成无法送达的，由受送达人自行承担相关后果。

第十三条　其他约定

1.外出约定：{外出约定内容}。

2.委托发放外配药品约定：{内容}。

3.紧急联系人约定： {紧急联系人信息}

4.其他约定：{内容}。

第十四条　争议解决方式

本合同在履行过程中发生争议，当事人可以协商解决。协商不成的，任何一方均可向甲方所在地有管辖权的人民法院提起诉讼。

第十五条　附 则

1.本合同一式六份，甲方、乙方、丙方各执两份，自各方签字或盖章之日起生效。本合同未尽事宜，可以另行协商签订补充协议。本合同补充协议与本合同具有同等法律效力。

2.本合同的附件如下：

□附件1：{甲方经营资质、房产证明复印件}；{乙方、乙方监护人、丙方身份证件、户口本复印件及授权委托书}（{丙方系单位的，提供加盖公章的有效注册登记证照材料复印件}）

□附件2：{《入住登记表》}

□附件3：{《综合告知书》}

□附件4：{《体检报告项目说明》}

□附件5：{《老年人能力综合评估结果》}

□附件6：{《护理等级与服务项目》}

□附件7：{《变更事项确认表》}

□附件8：{《设备设施清单》}

□附件9：{《服务项目及收费标准》}

3.经甲方与乙方、丙方协商一致，还包括以下附件

（1）{内容}。

（2）{内容}。

（3） {空白部分} 。

4.本合同附件是本合同的组成部分，与合同正文具有同等法律效力。

（本文以下无正文，为合同签署页）

{甲方（盖章）}

法定代表人或授权代表（签名并按指印）： {签字}

日期：{日期}

乙方（签名并按指印）： {乙方签名}

日期：{日期}

丙方（签名并按指印，系单位的{盖章}）：

法定代表人或授权代表（签名并按指印）

日期：{日期}

签订地点: {签订地点}

附件1

|  |
| --- |
| 甲方经营资质、房产证明复印件（甲方应向乙方、丙方出示养老机构的经营资质、房屋产权证明或房屋租赁式留存） |

甲方经营资质、房产证明复印件；乙方、乙方监护人、丙方身份证件、户口本复印件及

授权委托书

|  |
| --- |
| 乙方有效身份证件复印件（正反面复印）及户口本复印件（户主页和本人页） |
| 丙方：（系自然人的）有效身份证件复印件（正反面复印）及户口本复印件（户主页和本人页）  丙方：（系单位的）有效注册登记证照材料复印件（加盖公章）、法定代表人/负责人及联系人的身份证件复印件（身份证件需正反面复印） |

授权委托书

委托人：{委托人姓名}

证件号码：{证件号码}

代理人（自然人）：{代理人姓名}

身份证件号码：{证件号码}

电子邮箱：{电子邮箱}

{代理人（单位）}

法定代表人（或负责人）：{法定代表人名称}

我因入住养老机构的需要，特委托授权代理人代我处理相关事宜。

一、委托事项

全权代理我处理与养老机构因养老服务合同的订立、履行、变更、解除、终止、续订等有关的全部事项。

二、委托期限

委托期限自我和代理人在本授权委托书上签字之日起至养老服务合同完毕并结清全部债权债务时止。

三、效力

1.代理人的代理行为，均视同我本人亲自实施的行为。对于代理人所为的代理行为以及代理结果，我均无条件地承认和接受。

2.本授权委托书一经签署，即生法律效力，并提交给养老机构作为养老服务合同的附件。

3.如果我变更代理人，将及时向养老机构提交变更后的授权委托书。

委托人（签名并按指印）：{签字} 日期：{日期}

代理人（签名并按指印或盖章）：{代理人签名} 日期：{日期}

附件2

入住登记表

**入住编号：{入住编号} 填写日期：{年} {月} {日}**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | □男 □女 | | | | | 年龄 | |  | | 照片 | |
| 国籍 |  | 出生日期 |  | | | | | | | | |  | |
| 籍贯 |  | | 户籍地 | | |  | | | | | |
| 民族 | □汉族 □其他： | | 政治面貌 | | |  | | | | | |
| 婚姻状况 | □未婚 □已婚 □丧偶 □离异 □未说明婚姻情况 | | | | | | | | | | |
| 证件类型 |  | 证件号码 |  | | | | | | | | |
| 文化程度 | □文盲半文盲 □小学 □初中 □高中/技校/中专 □大学专科及以上 □不详 | | | | | | | | | | | | |
| 原单位 |  | | 原职业 | | | | | |  | | | | |
| 居住地址 |  | | 电话 | | | | | |  | | | | |
| 担保人/监护人/紧急联系人 | 姓名/名称 |  | 关系 | |  | | | | 手机号码 | | |  | |
| 证件类型 |  | 证件号码 | | | | | |  | | | | |
| 通信地址 |  | | | | | | | 电子邮箱 | | |  | |
| 医保定点医院 | |  | | | | | | | 社保卡号 | | |  | |
| 医疗费用支付方式 | | □城镇职工基本医疗保险 □城镇居民基本医疗保险 □全公费  □新型农村合作医疗 □商业医疗保险 □全自费 □其他 | | | | | | | | | | | |
| 经济来源 | □退休金/养老金 □子女补贴 □亲友资助 □其他补贴：\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| 入住前 住处 | □家（□独居 □配偶 □子女 □保姆 □其他： ） □医院  □其他养老机构（名称： ，入住时间： 离开原因： ） | | | | | | | | | | | | |
| 入住机构原因 | |  | | | | | | | | | | | |
| 健康状况 | 既往史 | □无 □有： 疾病名称： ，确诊时间：  疾病名称： ，确诊时间： | | | | | | | | | | | |
| □无 □有： 手术名称： ，手术时间：  手术名称： ，手术时间： | | | | | | | | | | | |
| □无 □有： 外伤部位： ，发生时间：  外伤部位： ，发生时间： | | | | | | | | | | | |
| 现患疾病 | 疾病名称： ，确诊时间： ，目前状况：  疾病名称： ，确诊时间： ，目前状况： | | | | | | | | | | | |
| 就医情况 | 固定时间就诊：□无 □有（原因： ，频率 次/ 月） | | | | | | | | | | | |
| 近一年内住院情况：□未住院 □住过院（住院次数： 次）  入/出院时间： 至 ，原因： ，医院名称：  入/出院时间： 至 ，原因： ，医院名称： | | | | | | | | | | | |
| 近一年内急诊情况：□未去过 □去过急诊（去急诊次数： 次）  就诊时间： ，原因： ，医院名称： | | | | | | | | | | | |
| 用药情况 | 药品名称 | | 剂量 | | | 频次 | | | | 时间 | | 用法 |
|  | |  | | |  | | | |  | |  |
|  | |  | | |  | | | |  | |  |
|  | |  | | |  | | | |  | |  |
| 不适症状（近一个月内情况） | □无症状 □头痛 □头晕 □心悸 □胸闷 □胸痛 □慢性咳嗽 □咳痰 □呼吸困难 □多饮 □多尿 □体重下降 □乏力 □关节肿痛 □手脚麻木 □视力模糊 □眼花 □耳鸣 □尿急 □尿痛 □便秘 □腹泻 □恶心呕吐 □食欲减退 □乳房胀痛 □体位性低血压  □其他： | | | | | | | | | | | |
| 过敏史 | 药物过敏：□无 □有：  食物过敏：□无 □有：  环境过敏：□无 □有： | | | | | | | | | | | |
| 老年综合征（近三月内情况） | 跌倒：□无 □有：次数、地点  记忆下降：□无 □有：具体表现  体重下降：□无 □有：下降重量（kg）  小便失禁：□无 □有：次数  睡眠障碍：□无 □有：□睡眠增多 □睡眠减少 □异常行为  疼痛：□无 □有：疼痛部位  视力异常：□无 □有：□老视 □近视 □远视，度数（左、右眼）  听力下降：□无 □有：具体表现 | | | | | | | | | | | |
| 精神状况（近三月内情况） | □无 □有：□游走 □日夜颠倒 □语言攻击行为 □肢体攻击行为  □对物品的攻击行为 □妄想 □幻觉 □焦虑/恐惧  □自伤/自杀 □重复行为 □其他状况： | | | | | | | | | | | |
| 语言表达 | □流利 □含糊 □体语 □失语 □其他： | | | | | | | | | | | |
| 其他特别说明事项： | | | | | | | | | | | | | |
| **本人声明上述各项内容均属实。如有变化，及时通知贵院。**  入住人（签名）： 监护人/担保人/紧急联系人（签名或盖章）： | | | | | | | | | | | | | |
| 注：1．本表应当如实填写。  2．在选中的“□”打“√”表示确认，不选的在“□”打“×”。 | | | | | | | | | | | | | |

附件3

综合告知书

尊敬的 {收件人} ：

您好！

一、安全风险方面

现将老年人常见的安全风险，向您做如下告知：

1.患有心脑血管疾病的老年人，可能发生心脑血管类疾病，如突发性心肌梗塞、脑卒中等，甚至造成死亡。

2.患有骨质疏松等疾病的老年人，可能会因自身行走不稳而跌倒，或在坐立、活动时用力不均等导致软组织损伤、骨折、骨裂等意外，甚至造成死亡。

3.患有脑卒中后遗症、脑萎缩等疾病的老年人，可能会出现吞咽功能障碍，发生噎食、误吸等导致窒息、死亡等意外发生。

4.老年人可能因心理问题、家庭矛盾、情绪波动等原因，产生自杀/自伤行为，如坠楼、割腕、自缢等。

5.老年人可能因性格孤僻、猜疑、抑郁、脾气暴躁等原因采取极端行为，包括与他人产生语言、肢体冲突，采取攻击性或伤害性的行为，导致受伤、死亡等意外。

6.为避免认知症老年人可能出现的意外情况，我院在必要时将对有暴力伤害倾向行为的认知症老年人提供必要的保护性约束措施，但约束可能会导致老年人软组织损伤、皮肤破溃等后果。

7.对于长期卧床的老年人，可能出现不同程度的低蛋白血症或其他疾病，有可能出现皮肤水肿、压疮等。

在配合院内管理服务的同时，您还要注意自我防范，有效避免意外风险事件发生：

**1.预防跌倒：**

（1）穿戴要合身、合脚，鞋底要防滑，外出或活动时不穿拖鞋。

（2）起床要慢，坐立要稳、弯腰穿鞋要缓。

（3）居室物品放置位置固定、安全的地方，注意观察身边的环境和障碍物，行动要慢，尤其在转身和拐弯时要特别注意。

（4）在光线暗、光滑或不平的地面行走，以及上下台阶时，要小心谨慎。遇到雨、雪、大风等恶劣天气，尽量避免外出。

（5）使用特殊药物或高危药品时（退烧药、降压药、降糖药、睡眠诱导剂、抗心律失常、抗惊厥、抗焦虑、利尿剂等），请听从护理人员的建议，切勿私自服用。

（6）请遵守我院的作息时间，配合照料护理计划的执行。如有需求（包括二便）请及时呼叫护理人员协助。

**2.预防坠床**

根据院内管理要求放置床挡，不私自拆卸床挡；白天活动时，一侧加床挡；夜间或睡觉时，二侧均要加床挡保护。

**3.预防走失**

（1）请听从代理人和服务人员的嘱咐，不要独自外出；如需外出时，请通知家人陪同，并随身携带手机便于联系。

（2）请做好请、销假登记，如不能按时回院，请电话告知我院。

**4.预防呛咳、噎食**

（1）请根据身体状况适量饮水，保持口腔湿润。吃饭/喝水时，要坐起来，或者半卧位（上身与床的角度≥30°）。

（2）进餐时注意力要集中，不要说笑吵闹，不要看电视；吃饭、喝水要慢，每口食物不宜过多，一般以汤匙的1/3食物为宜，稀稠交替，细嚼慢咽。

（3）要吃较软、易消化的食物，避免吃干、粘性的食物。

（4）坚持做吞咽保健操。

**5.预防压疮**

（1）如果您长期卧床或者坐轮椅，请经常查看皮肤情况。如皮肤发红或者破损，请及时告知护理人员。

轮椅座位上需增加4-5厘米厚的海绵垫，且每15分钟抬起身体一次，变换身体着力点。

卧床时，至少每2小时翻身一次，更换体位，避免骶尾部长时间受压，可使用充气床垫。

（2）内衣穿着要柔软、棉质、宽松，且勤更换内衣。

（3）床铺要保持清洁、干燥、平整；尽量多活动，不能下地活动的，可在床上进行适当的活动或在护理人员的协助下被动运动，促进血液循环。

（4）适当加强营养，以保持良好身体状况。

**出现上述意外情况的，如果我院不存在过错，则我院不承担责任**。

二、限制外出管理方面

现将我院有关入住老年人外出事项告知如下：

1.在您入住期间，我院不对您是否具备独自外出能力进行判断，亦不对此承担责任。由您或代理人在以下选项中“二选一”确认（{选项一“√”}，{选项“×”二}）：

□ 不具备独自外出能力，需{限制外出服务管理}。

□ 具备独自外出能力，不需{限制外出服务管理}。

2.如您不具备独自外出能力，则您或代理人应向我院确认“{需限制外出}”服务管理。我院对您外出进行统一管理。您外出必须指定{陪同人员}（如家属等），且每次外出须由您或代理人提前通知我院，{陪同人员}应在您外出及返回时登记。

3.如您具备独自外出能力，则您或代理人应向我院确认“不需限制外出”服务管理。您每次外出，应在外出及返回时登记。

4.如果您患有认知症等疾病，我院统一实行“限制外出”服务管理。但是如您或代理人拒绝我院为您提供限制外出管理服务的，因此造成的后果由您或者代理人承担，我院不承担责任。

5.无论您是否具备独自外出能力、外出是否进行登记，如您外出期间发生事故（包括但不限于摔伤、走失、财物丢失）、突发疾病、遭受人身损害、死亡或者造成他人损害的，因此造成的后果由您或者代理人承担，我院不承担责任。

三、拒绝转院治疗风险方面

因我院医疗条件有限，根据您目前的疾病状况，应当及时转院治疗。现将相关风险告知如下：

**如果拒绝转院治疗，您可能产生的风险包括但不限于：{风险后果}。**

我已经阅读了上述安全风险、限制外出管理、拒绝转院治疗风险综合告知书，知悉养老机构提示的上述风险。

**我们特此确认：如果出现告知书中所明示的养老机构免责事由、{限制外出管理}、{拒绝转院治疗可能产生的风险}，我们自愿、自行承担由此产生的全部风险、责任和后果。**

甲方：{甲方盖章}

乙方（签名或盖章）：{签名或盖章}

丙方（签名或盖章）：{丙方签名或盖章}

日期：{日期}年{月份}月{日}日

附件4

体检报告项目说明

根据合同要求，乙方、丙方应当向甲方提供乙方在本合同签署前30日内在本省范围内二级甲等以上级别医院进行体检的{体检报告}，《体检报告》作为本合同附件4留存。《体检报告》应包含以下内容：

**1.科室检查**

（1）一般检查；

（2）内科检查；

（3）外科检查；

（4）视力、色觉检查；

（5）耳鼻喉科检查；

（6）口腔科检查;

（7）其他： {其他内容}

**2.实验室检查**

（1）血常规检查：{指标项目}等；

（2）尿常规检查：{尿比重}、{尿白细胞}、{尿蛋白质}、{尿糖}等；

（3）肝功能检查：{丙氨酸氨基转移酶}、{天门冬氨酸氨基转移酶}、{γ-谷氨酰胺转移酶}等；

（4）空腹血糖：{空腹血葡萄糖}；

（5）血脂检查：{指标名称}、{指标名称}等；

（6）感染检查：{乙肝表面抗原}、{乙肝表面抗体}、{乙肝e抗原}、{乙肝e抗体}、{乙肝核心抗体}、{丙型肝炎病毒抗体}、{人类免疫缺陷病毒HIV1+2型抗体}、{梅毒螺旋体抗体}、{肺结核抗体}等。

**3.医技检查**

（1）腹部彩超：{器官检查}

（2）心电图；

（3）胸部正位X线。

附件5

老年人能力综合评估结果

|  |
| --- |
|  |

附件6

护理等级与服务项目

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | 出生年月 |  | | | |
| 入住房间 |  | | 床号 |  | 照护等级 |  | 评估日期 | |  |
| 级别 | 分级标准 | 护理内容 | | | | | | 等级选择 | |
| 自理 | 身体健康，精神状态良好，思维正常，行动自如，日常生活自理。 | 1．引导老人熟悉居所设施及周围生活环境；  2．督促漱口刷牙及洗脸、洗手、洗脚、洗浴；  3．提醒如厕；  4．帮助整理床位、物品、洗涤；  5．督促老人保暖、进食、适当运动及休息；  6．组织老人参加适当文体文娱等活动。 | | | | | | □ | |
| 半护理 | 身体状态尚差，衣食起居有困难，视觉障碍，体弱多病，需要部分督促提醒才能完成日常生活自理。 | 1．引导老人熟悉居所设施及周围生活环境；  2．协助漱口刷牙及洗脸、洗手、洗脚、洗浴；  3．协助如厕、使用便器、更换尿布、清洁皮肤；  4．帮助整理床位、物品、洗涤；  5．协助老人站立、行走、上下楼；  6．发放药品；  7．督促老人保暖、进食、适当运动及休息；  8．组织老人参加适当文体文娱等活动。 | | | | | | □ | |
| 全护理 | 身体状况较差，行动不便，坐轮椅，功能障碍、心理行为缺陷较多。 | 1．引导老人熟悉居所设施及周围生活环境；  2．帮助漱口刷牙及洗脸、洗手、洗脚、洗浴；  3．协助如厕、使用便器、更换尿布、清洁皮肤；  4．帮助整理床位、物品、洗涤；  5．协助老人站立、行走、上下楼；  6．协助翻身、换药；  7．发放药品、喂药；  8．协助老人保暖、进食、适当运动及休息；  9．组织老人参加适当文体文娱等活动。 | | | | | | □ | |
| 特别护理 | 身体状况差、长期卧床、坐轮椅，不能自行翻身、进食或精神心理严重缺陷较多。 | 1．帮助漱口刷牙及洗脸、洗手、洗脚、洗浴；  2．协助如厕、使用便器、更换尿布、清洁皮肤；  3．帮助整理床位、物品、洗涤；  4．定时翻身、换药；  5．发放药品、喂药；  6．协助老人保暖、进食。 | | | | | | □ | |
| 专人护理 | 因各种原因需要24小时专人照料。 | 1．帮助漱口刷牙及洗脸、洗手、洗脚、洗浴；  2．协助如厕、使用便器、更换尿布、清洁皮肤；  3．帮助整理床位、物品、洗涤；  4．定时翻身、换药；  5．发放药品、喂药；  6．协助老人保暖、进食；  7．24小时一对一专人护理。 | | | | | | □ | |
| 甲方代表签字 乙/丙方签字  甲方盖章  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．如入住期间因病情变化，需增加服务内容，甲方应当重新评估护理等级并通知丙方。 | | | | | | | | | |

附件7

变更事项确认表

{乙方}

{能力等级} 甲方提供的照料护理等级为 {照料，护理等级} 。

{日期} 对乙方重新进行了评估，重新评估的能力等级为 {能力等级} 。根据乙方能力等级变化，需要对乙方的照料护理等级和相关的服务内容进行变更，经双方协商一致，同意变更下列事项，具体变更内容如下：

一、照料护理等级变更

乙方变更后的照料护理等级为 {照料护理等级} 。

二、服务内容变更

1.甲方为乙方新增下列服务内容

2.甲方不再为乙方提供下列服务

三、费用变更

养老服务总费用为 {费用金额} 元/月，其中：

1.床位费：{床位费金额}元/月；

2.护理费：{护理费金额} 元/月；

3.膳食费： {膳食费金额}元/月；

4.其他费用：{费用金额}元/{单位}。

{费用}，{元}/{单位 }。

乙方、丙方同意并确认上述变更事项。

甲方（盖章）

乙方（签名或盖章）：{乙方签名或盖章}

丙方（签名或盖章）：{签名或盖章}

日期：{年份} 年 {月份} 月 {日子} 日

附件8

设备设施清单

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入住老年人姓名： | | 入住时间： | | 房间号/床号： | | |
| 项目 | 名称 | | 单位 | 单 价 | 数 量 | 备注 |
| 房间内固定 设备 | 空调 | | 台 |  |  | 共用 |
| 电视机 | | 台 |  |  | 共用 |
| 暖气 | | 组 |  |  | 共用 |
| 衣柜 | | 组 |  |  |  |
| 床头柜 | | 个 |  |  |  |
| 电视柜 | | 组 |  |  | 共用 |
| 洗漱台 | | 个 |  |  | 共用 |
| 坐便器 | | 个 |  |  | 共用 |
| …… | |  |  |  |  |
| 房间内可移动设备 | 椅子 | | 个 |  |  |  |
| 暖壶 | | 个 |  |  |  |
| 水杯 | | 个 |  |  |  |
| 垃圾桶 | | 个 |  |  |  |
| 空调遥控器 | | 个 |  |  | 共用 |
| 电视遥控器 | | 个 |  |  | 共用 |
| …… | |  |  |  |  |
| 床及床上用品 | 床单 | | 个 |  |  |  |
| 床垫 | | 个 |  |  |  |
| 床褥 | | 个 |  |  |  |
| 被罩 | | 个 |  |  |  |
| 被芯 | | 个 |  |  |  |
| 枕套 | | 个 |  |  |  |
| 枕芯 | | 个 |  |  |  |
|  | …… | |  |  |  |  |
| 水电表数值 | 水表 | | 吨 |  | 数值 |  |
| 电表 | | 度 |  | 数值 |  |
| …… | |  |  |  |  |

入住老年人或者代理人（签名或盖章）：{签名或盖章}

日期：{年}{月}{日}

附件9

服务项目及收费标准

|  |
| --- |
|  |