

附件

编号_____

上海市养老服务合同

示范文本

（2012 机构版）

上海市工商行政管理局
上海市民政局制定
上海市社会福利行业协会

合同编号：_____

上海市养老服务合同示范文本 (2012 机构版)

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 ☐慢性心衰 ☐心肌病 ☐结肠炎 ☐肾功能不全 ☐甲状腺病（甲亢、甲减、甲状腺炎、结节） ☐痛风 ☐脑出血 ☐美尼尔氏综合征 ☐肿瘤 其它疾病_____ ☐肺气肿 ☐心律失常 ☐脉管炎 ☐胆囊炎 ☐肾炎 ☐关节炎 ☐脑梗塞 ☐帕金森氏综合症 ☐老年性痴呆 ☐白内障 ☐肺源性心脏病 ☐高血压 ☐肺结核 ☐胆结石 ☐泌尿系结石 ☐红斑狼疮 ☐帕金森氏综合症 ☐老年性痴呆 ☐青光眼 ☐支气管哮喘、扩张 ☐冠心病 ☐消化道出血 ☐肝炎 ☐前列腺炎 ☐糖尿病 ☐贫血 ☐重症肌无力 ☐抑郁症 ☐皮肤病 ☐气胸 ☐心脏瓣膜病 ☐胃溃疡 ☐肝硬化 ☐骨质疏松 ☐癫痫 ☐焦虑症					

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			甲方代表签章：	
	照护等级			乙/丙方签章：	
照护等级	第二次变更			甲方代表签章：	
	照护等级			乙/丙方签章：	
付费标准	第一次变更			甲方代表签章：	
	床位（托管）费：人民币 元/月 护理费：人民币 元/月			乙/丙方签章：	
付费标准	第二次变更			甲方代表签章：	
	床位（托管）费：人民币 元/月 护理费：人民币 元/月			乙/丙方签章：	

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	