

附件 3

第七师胡杨河市长期护理保险护理服务计划（样表）

1. 服务对象基本信息

姓 名		性 别		身份证号	
现住地址				失能等级	
联系人		联系方式		定点长护服务机构	
服务方式	☐ 居家护理 ☐ 机构护理 ☐ 社区护理				
基本情况					

2. 服务内容

[illegible]

本人已充分知悉并同意上述护理计划。

本人或监护人、委托代理人签字：

日期：

长护专员签字：

定点长护机构签字：

定点长护机构盖章：

注：1. 定点长护服务机构应根据护理服务对象需求，与护理服务对象或其监护人、委托代理人共同商定护理服务计划，并报经办机构备案。

2. 每次开展居家护理服务前，须与护理服务对象或其监护人、委托代理人进行交流，了解护理服务对象的近况，说明本次护理服务的具体项目内容，经护理服务对象或家属确认后方可开展护理服务。

3. 如因护理服务对象身体条件，气候环境等因素，部分项目不具备开展条件的，可视情调整并在“基本情况”栏进行说明，并及时报经办机构备案。