

附件 1

嘉定区家庭照护床位服务申请审批表

(服务机构填写)

申请单位名称			
统一社会信用代码			
联系人		联系电话	
依据《关于积极推动本市家庭照护床位规范发展的实施意见》(沪民规〔2023〕11 号)相关规定，_____ (服务机构名称)符合成为嘉定区家庭照护床位服务机构的条件，现拟申请在_____ (服务区域)开展家庭照护床位服务。 特此申请。 (单位盖章) 年 月 日			
街镇民政部门意见： (盖章) 年 月 日			
区民政局意见： (盖章) 年 月 日			

备注：此表一式三份，区民政局、街镇民政部门、养老服务机构各留存一份。

附件 2

嘉定区家庭照护床位申请意向老年人名单

所属街镇：

序号	姓名	身份证号码	居住地址	联系人	联系电话	备注
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

备注：此表每周一下班前由街镇民政部门报区民政局养老服务科吴屹捷，联系电话 59513701。

填报单位：

填报人：

联系电话：

附件 3

嘉定区家庭照护床位服务意向书（参考）

甲方（服务机构）：_____

服务电话：_____

营业地址：_____

乙方（老人）：_____身份证号码：_____

照护者：☐家人 ☐保姆 ☐其它 _____

现居住地址：_____

受托人姓名：_____

联系电话：_____

按照《关于积极推动本市家庭照护床位规范发展的实施意见》（沪民规〔2023〕

11 号）的规定，经甲、乙双方共同协商，自愿签订如下协议：

乙方有意向申请接受甲方为其提供家庭照护床位服务，甲方根据乙方的申请，对乙方进行综合能力评估（附件），若甲方最终确定可以为乙方提供家庭照护床位服务，届时双方另行签订服务协议，约定服务内容及双方权责义务。

本意向书签订后，家庭照护床位服务开展前，若因乙方原因提出不需要家庭照护床位服务且已开展上门评估的，需要支付上门评估服务费 100 元/次，由镇综合为老服务中心收取，并向老年人开具合规票据。

甲方（盖章）_____

乙方姓名：_____

代表签字：_____

受托人签字：_____

年 月 日

年 月 日

附件

嘉定区家庭照护床位服务综合评估表（参考）

姓名:		性别: ☐ 男 ☐ 女		出生日期:	
身份证号				居住地址	
民族	☐ 汉族 ☐ 少数民族_____			宗教信仰	☐ 无 ☐ 有_____
文化程度	☐ 文盲及半文盲 ☐ 小学 ☐ 初中 ☐ 高中/技校/中专 ☐ 大学专科及以上				
职业	☐ 商业、服务业人员 ☐ 农、林、牧、渔、水利业生产人员 ☐ 生产、运输设备操作人员 ☐ 专业技术人员 ☐ 其他_____				
婚姻状况	☐ 未婚 ☐ 已婚 ☐ 离婚 ☐ 丧偶				
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 ☐ 新型农村合作医疗 ☐ 贫困救助 ☐ 商业医疗保险 ☐ 全公费 ☐ 全自费 ☐ 其他_____				
居住状况	☐ 独居 ☐ 与配偶/伴侣居住 ☐ 与子女居住 ☐ 与兄弟姐妹居住 ☐ 与其他亲属居住 ☐ 与非亲属关系的人居住 ☐ 其他_____				
经济来源	☐ 退休金 ☐ 子女补贴 ☐ 亲友资助 ☐ 其他补贴_____				
居住面积	_____ m ²				
居住环境	☐ 电梯 ☐ 无障碍通道 ☐ 卫生间无障碍设施 ☐ 平房 ☐ 家庭无障碍扶手 ☐ 远程监护 ☐ 护理床 ☐ 无线网络				
姓名:		性别: ☐ 男 ☐ 女		联系电话:	
身份证号:			常住地址:		
与老年人关系: ☐ 夫妻 ☐ 子女 ☐ 亲属 ☐ 其他_____					
照护者姓名:		性别: ☐ 男 ☐ 女		联系电话:	
与老年人关系: ☐ 夫妻 ☐ 子女 ☐ 亲属 ☐ 其他_____					
照护方式: ☐ 24 小时长期 ☐ 日间短期 ☐ 夜间短期 ☐ 小时 ☐ 其他_____					
健康调查	认知情况: ☐ 认知障碍程度 (_____) ☐ 失智 ☐ 精神分裂 ☐ 偏执性精神障碍 ☐ 其他_____				
	既往病史: ☐ 高血压 ☐ 冠心病 ☐ 慢性阻塞性肺疾病 ☐ 糖尿病 ☐ 溃疡病 ☐ 脑卒中 ☐ 高脂血症 ☐ 恶性肿瘤 ☐ 结核病 ☐ 肝炎 ☐ 先天畸形 ☐ 其他_____				

		现病史： ☐ 高血压 ☐ 冠心病 ☐ 慢性阻塞性肺疾病 ☐ 糖尿病 ☐ 溃疡病 ☐ 脑卒中 ☐ 肝炎 ☐ 高脂血症 ☐ 重症精神疾病 ☐ 老年认知障碍 ☐ 恶性肿瘤 ☐ 结核病 ☐ 其他_____
		手术史： ☐ 无 ☐ 有 名称： 时间： 过敏史： ☐ 无 ☐ 有_____
		吸烟史： ☐ 是 ☐ 否 ☐ 已戒 饮酒史： ☐ 是 ☐ 否
环境适老化改造需求	居家设施	☐ 护理床（电动） ☐ 护理床（手动） ☐ 地面防滑处理 ☐ 橡胶门槛垫 ☐ 一字扶手 ☐ 一字上翻扶手 ☐ U型落地上翻扶手 ☐ L型扶手 ☐ 防撞条 ☐ 防撞角 ☐ 适老化桌椅 ☐ 适老化换鞋凳 ☐ 电热毛巾架 ☐ 升降晾衣架 ☐ 智能马桶盖 ☐ 马桶增高架 ☐ 可旋转淋浴洗澡凳 ☐ 有靠背淋浴洗澡凳 ☐ 挂墙上翻淋浴洗澡凳 ☐ 浴缸洗澡凳 ☐ 花洒龙头套装 ☐ 暖风机 ☐ LED照明灯 ☐ 感应小夜灯
	康复辅具	☐ 防褥疮床垫 ☐ 洗澡轮椅 ☐ 手动轮椅 ☐ 助行车 ☐ 上肢康复滑轮 ☐ 上下肢康复训练器（电动） ☐ 助步器（带轮子） ☐ 卧床护理裤 ☐ 折叠坐便椅 ☐ 折叠拐杖 ☐ 四脚拐杖 ☐ 卧床洗头器 ☐ 介护汤碗 ☐ 介护碗（含饭碗、菜碗） ☐ 介护杯子 ☐ 介护筷子 ☐ 介护勺子 ☐ 接尿壶（男/女） ☐ 便盆 ☐ 防滑拖鞋 ☐ 隔尿垫 ☐ 电子血压计 ☐ 护腰
智能化设备及服务需求	设备	☐ 一键通紧急呼叫（固话） ☐ 一键通紧急呼叫（SOS告警器） ☐ 智能监测7件套（一键通紧急呼叫设备、拉绳式报警器、无感智能监测器、烟雾告警器、燃气告警器、水浸告警器、门磁告警器）
	平台服务	☐ 一键通紧急呼叫服务 ☐ 一键通咨询服务
上门服务需求 （各服务机构可根据自身实际情况调整）	个人照护服务	☐ 头面部清洁、梳理 ☐ 洗发 ☐ 指、趾甲护理 ☐ 手、足部清洁 ☐ 温水擦浴 ☐ 沐浴 ☐ 协助进食、水 ☐ 口腔清洁 ☐ 协助更衣 ☐ 整理床单位 ☐ 排泄护理 ☐ 失禁护理 ☐ 床上使用便器 ☐ 人工取便术 ☐ 晨间护理 ☐ 晚间护理 ☐ 会阴护理 ☐ 药物管理 ☐ 协助翻身叩背排痰 ☐ 协助床上移动 ☐ 借助器具移动 ☐ 皮肤外用涂擦 ☐ 安全护理 ☐ 生活自理能力训练 ☐ 压疮预防护理 ☐ 留置尿管的护理 ☐ 人工肛门便袋护理
	居家照料服务	☐ 送餐上门 ☐ 居家烧饭菜 ☐ 代买菜 ☐ 洗碗 ☐ 营养餐搭配 ☐ 各类疾病关联的饮食指导 ☐ 居室保洁 ☐ 物品清洁 ☐ 衣物洗涤 ☐ 陪同散步 ☐ 陪同外出 ☐ 陪同就诊 ☐ 代为配药 ☐ 代购物品 ☐ 代领物品 ☐ 代缴费用
	健康管理服务	☐ 健康监测（血压、脉搏、呼吸、体温、心率、血糖等） ☐ 慢病管理（健康咨询、药物管理、用药指导等） ☐ 医疗照护（护士定期上门、医生远程问诊等）
	居家康复服务	☐ 家庭照护能力提升服务：包括家庭照护者实操培训、日常照护指导、心理关爱等 ☐ 认知障碍照护：包括认知障碍筛查、认知障碍后续评估、认知障碍干预、脑健康训练等 ☐ 神经系统康复 ☐ 术后康复 ☐ 慢性颈肩腰腿疼痛康复等

	社工介入服务	☐ 谈心交流、读书读报、精神慰藉 ☐ 心理疏导 ☐ 临终关怀			
	常用临床护理服务	☐ 开塞露、直肠栓剂给药 ☐ 鼻饲 ☐ 药物喂服 ☐ 物理降温 ☐ 生命体征监测 ☐ 吸氧 ☐ 灌肠 ☐ 导尿（女性） ☐ 压疮伤口换药 ☐ 肌肉注射 ☐ 血糖监测 ☐ 静脉血标本采集 ☐ 经外周静脉置入中心静脉导管（PICC）维护 ☐ 皮下注射 ☐ 造口护理			
	其他服务				
总体印象	日常生活活动	进食	☐ 可独立进食 ☐ 需部分帮助 ☐ 完全依赖他人 ☐ 有留置营养管		
		洗澡	☐ 准备好洗澡水后，可独立洗澡 ☐ 需他人帮助		
		修饰	☐ 可独立完成洗漱等 ☐ 需他人帮助		
		穿衣	☐ 可独立完成 ☐ 需部分帮助 ☐ 需他人帮助		
		大便控制	☐ 可控制 ☐ 偶尔失控（每周<1次）完全失控		
		小便控制	☐ 可控制 ☐ 偶尔失控（每天<1次，每周>1次）完全失控		
		如厕	☐ 可独立完成 ☐ 需部分帮助 ☐ 完全依赖他人		
		床椅转移	☐ 可独立完成 ☐ 需部分帮助 ☐ 完全依赖他人		
		上下楼梯	☐ 可独立完成 ☐ 需部分帮助 ☐ 完全依赖他人		
		平地行走	☐ 可独立完成 45 米以上 ☐ 需要部分帮助 ☐ 完全依赖他人		
	感知觉与沟通	视力	☐ 能看清书报上的标准字体 ☐ 能看清大字体 ☐ 辨认物体有困难 ☐ 无视力		
		听力	☐ 可正常交谈 ☐ 超过 2 米听不清 ☐ 完全听不见		
		沟通交流	☐ 可正常交谈 ☐ 能表达自己的需要及理解别人的话，但需要增加时间或给予帮助 ☐ 不能表达需要或理解他人的话		
	总体情况	☐ 优 ☐ 良 ☐ 中 ☐ 差			

评估团队成员签名：_____

评估日期：_____

附件 4

嘉定区家庭照护床位服务计划（参考）

服务机构：

服务对象姓名：

性别：

年龄：

身份证号码：

服务费用合计：（元/月）

家庭照护床位服务	事项名称	事项内容	收费价格	服务次数	总费用（补贴/自费）
家庭照护床位设置	适老化改造	根据老人实际需求填写相应改造内容	甲方与服务提供商另行签订协议并结算，不计算在服务费用合计内。		
	智能化设备	根据老人实际需求填写相应设备内容			
	平台化服务	紧急呼叫服务：包括一键紧急救援、一键政策咨询、一键订车出行、一键预约挂号。			
家庭照护床位上门服务	健康评估	从健康状况、日常预防、就医情况、康复状况、心理诉求等方面对服务对象进行整体评估。	免费	每季度一次	免费
	居家安全评估	对服务对象居家环境的安全情况进行整体评估。	免费	每季度一次	免费
	个人照护服务	根据老人实际需求填写相应服务内容			
		...			
	居家照料服务	根据老人实际需求填写相应服务内容			
		...			

	健康管理服务	根据老人实际需求填写相应服务内容			
		...			
	居家康复服务	根据老人实际需求填写相应服务内容			
		...			
	社工介入服务	根据老人实际需求填写相应服务内容			
		...			
	常用临床护理服务	根据老人实际需求填写相应服务内容			
		...			
	...				
	家庭照护床位上门服务费用合计		/	/	

服务对象或受托人（签名）：

附件 5

嘉定区家庭照护床位服务协议（参考）

老人姓名：

服务机构：

协议编号：

签署日期：

甲方(服务对象): _____

乙方(养老服务机构): _____

乙方为甲方提供本合同项下的服务内容。根据《中华人民共和国民法典》，甲、乙双方在平等、自愿、公平、诚实信用的基础上，就提供家庭照护床位服务的相关事宜协商订立本协议。

一、服务内容

《嘉定区家庭照护床位服务计划》中关于适老化改造、智能化设备及平台化服务由甲方与服务提供商另外签订协议并结算，养老服务机构评估团队为甲方全程提供指导，直至完成甲方需求。

乙方依据《嘉定区家庭照护床位服务计划》，安排专业人员进入甲方居住的家庭场所，为甲方提供家庭照护床位上门服务，服务内容另见服务计划中甲方选定的内容，服务费用合计为_____元/月。

二、服务人员

提供本家庭照护床位服务的服务人员应为乙方直接管理的工作人员。

三、服务期限

乙方在适老化改造、智能化设备、平台化服务完成安装验收后，为甲方开始提供上门服务（上门服务时限为_____年____月____日至_____年____月____日）。

若上门服务期限届满后，甲方仍希望继续延续本协议中的相关服务内容，甲乙双方在本协议续签服务页作书面约定并签字盖章即可。

四. 权利义务

（一）甲方权利义务

1. 甲方有权利要求乙方适老化改造、智能化设备及平台服务商（以下简称“服务方”）指定服务人员提供相关证明。

2. 甲方有权对服务方的服务进行投诉反馈，有权拒绝服务人员在提供服务时从事与照护服务无关，影响甲方正常生活秩序的活动。

3. 甲方有权向对应的服务方追究因其工作人员故意或重大过失给甲方造成的损失。

4. 甲方根据自身条件及身体健康状况需要，有权提出变更服务内容，服务方应尽量满足甲方的合理要求，但涉及费用的，相关服务方可另行收取。

5. 甲方有权提出终止协议的要求，但须提前 15 天书面告知服务方。

6. 甲方应按约缴纳各项费用。对服务方在本合同约定以外的收费要求，甲方有权拒付。

7. 甲方应在签订合同时主动提供有效身份证件，如实告知本人基本情况、身体情况以及固定照护人员情况。以上内容变更应及时通知服务方。

8. 甲方应尊重服务方工作人员，提供安全的工作环境和照护条件，不得辱骂、歧视、虐待或性骚扰工作人员。

9. 甲方有义务配合服务方对其派出的工作人员进行管理监督。

10. 甲方接受服务期间，应妥善保管好自己的财物，对甲方的日用品及其它钱物发生遗失的，服务方应协助查找，但不承担赔偿责任。

11. 为了确保甲方的权益，甲方需要明确自己的受托人。甲方民事行为能力受损或缺失时，由受托人代为行使甲方的各项权益、履行甲方的各项义务。

12. 甲方的受托人为本合同项下的服务费用自愿承担支付及担保义务，同时对服务方履行本合同应提供必要的协助。

13. 甲方的受托人有权对服务方的服务质量进行监督，提出合理的意见、批评和建议。

14. 甲方在接受服务期间遇有问题，需受托人协助的，受托人在接到通知后应及时回应，不得推诿。

（二）乙方权利义务

1. 乙方有权利拒绝甲方不合理的要求。

2. 乙方有权向甲方询问、了解甲方的身体状况、生活习惯、家中环境的情况。

3. 乙方有权向甲方询问、了解照护人员反映情况的真实性。

4. 有下列情形之一的，乙方有权临时停止服务或解除服务协议：

(1) 甲方家庭成员中有传染病人没有如实告知的；

(2) 甲方或其家庭成员中有暴力、暴力相威胁或者性骚扰倾向，对服务人员身心健康造成困惑或损害的；

(3) 甲方无正当理由频繁要求更换服务人员；

(4) 甲方要求增加超出服务协议内容的服务项目；

(5) 有其它严重影响本次家庭照护床位服务情形的。

5. 在甲方区域内发生的，非由乙方造成的甲方意外事故和意外情况，乙方不承担法律责任。

6. 乙方应根据甲方的评估结果和服务计划内容安排体检合格且有专业资质的照护人员。

7. 乙方应指导服务人员按照服务计划内容按时提供各项服务。

8. 乙方负责服务人员的岗前培训、教育和管理、考核工作，并实行跟踪管理，对于甲方的投诉及时处理答复。

9. 乙方购买养老服务机构综合责任保险。服务过程中，因乙方服务不当，造成甲方身体、财产受到的损害，在养老服务机构综合责任保险理赔额度内，根据理赔条款内进行赔付；甲方有过错的，由甲方承担相应比例的责任。

五、服务费用及支付办法

1. 乙方根据国家、上海市和嘉定区相关法律和规定，制订服务项目，甲方根据选择的服务项目向乙方支付所有费用，已约定由甲方直接与服务方结算项目除外。双方签字后的服务确认文件是本协议不可分割的组成部分，具有同等法律效力。

2. 甲方可一次性缴清所有服务费用，也可在每月 25 日前缴纳次月的服务费用，单项服务费用应在接受服务人员服务完毕后即时缴纳。

3. 甲方如遇重病、急病需抢救，所花费的一切费用由甲方及其受托人负责。

六、违约与争议解决

(一) 乙方未按约定提供服务，给甲方造成损失的，应予以赔偿。

(二) 本协议在履行过程中发生争议的，各方可协商解决，协商不成的，任何一方可向上海市嘉定区人民法院提起诉讼。

七、附则

(一) 本协议如有未尽事宜，签约各方可另行协商并签订补充协议。

(二) 补充协议及其他附件是本协议的组成部分，具有同等法律效力。

(三) 本协议自各方签字或盖章之日起生效。一式两份，甲乙双方各一份。

甲方(服务对象):

姓名:

性别:

身份证号:

出生年月:

居住地址:

户籍地址:

受托人姓名:

联系电话:

乙方(养老服务机构):

公司名称(盖章):

联系电话:

公司地址:

授权代表(签字):

签约日期:_____年____月____日

续 签 服 务

续签期限	双方确认签字（盖章）	备注

备注说明：

协议编号的目的是为了方便对协议进行存档、管理、查询。编号规则：日期+00X（当日第1位老人为001，第二位老人为002，以此类推），例如20241030001，表示2024年10月30日当天本服务机构第1位签署服务协议老年人。

附件 6

XX 养老服务机构
家庭照护床位服务收费标准公示（参考）

申请流程：

家床申请--入户评估--服务方案--签约建档--服务跟踪

服务内容：

基础服务包

序号	类别	服务名称	服务频次	服务费用	服务方式	服务人员
1	生活照料服务包	家政服务:上门做饭居室清洁、清洗衣服等 代办服务:代买、代缴费、代叫车 生活照护:长护险 27 项服务	8 小时/月	640 元/月 (80 元/小时)	上门居家服务	护理员

24 小时全程服务

序号	类别	服务费用	服务方式	服务人员	备注
1	24 小时居家服务	自理老人: 8000 元/月 半护理老人: 10000 元/月 全护理老人: 12000 元/月 认知障碍老人: 14000 元/月	居家服务	护理员 中级护理员 中级护理员	护理员 月休 4 天

个性化服务包

序号	服务名称	服务费用	服务人员	备注
1	基础护理，生活照料	80 元/小时	护理员	
2	临床护理、健康监测、 宣教指导	100 元/次	护士 健康管理师 中级及以上护理员	
3	扞脚（脚部护理）	80 元/次	护理员或 其他工作人员	
4	理发	50 元/次	护理员或 其他工作人员	
5	日间陪护（8 小时）	600 元/次	护理员	
6	夜间陪护（12 小时）	800 元/次	护理员	
7	住院陪护	400 元/天	护理员	
8	陪医、代配药	50 元/小时	护理员或 其他工作人员	
9	夜间紧急救援	200 元/次	护理员 机构工作人员	
10	安宁疗护	500 元/次	护理员	
11	认知干预	200 元/次	中级护理员	
12	康复训练	300 元/次	中级护理员	
13	上门送餐	25 元/次	护理员	

嘉定区家庭照护床位 老人潜在意外风险告知书（参考）

（老人家属留存）

尊敬的_____老人家属：

因老人年事已高，身体各器官趋于老化，各器官功能逐渐衰退，存在自身机体状况及疾病发展的不可预测性，因此，在服务期间，老人有可能会正常管理秩序及护理状态下所无法预控的意外现象。为了能使您和您的家人与我们双方在老人被服务过程中能够相互理解，彼此信任，特将被服务老人存在的潜在意外风险向您作如下告知：

1、被服务老人有可能引发心脑血管疾病，如突发心肌梗塞、猝死、脑血管意外等突然性疾病及死亡及其它并发症现象。

2、被服务老人有可能因骨质疏松，在服务过程中因行走不稳而跌倒或在座椅、座便和活动时用力不均等原因，出现软组织损伤、骨折（伤残）、死亡及其它并发症等意外。

3、被服务老人，特别是患有脑血管意外和心肺功能衰竭导致后遗症的老人，在饮食和其他突发事件过程中可能会出现因吞咽障碍和痰栓而导致的吞咽窒息、死亡及其它并发症等意外。

4、被服务老人可能因心理问题、家庭矛盾、情绪波动等原因导致老人出现轻生现象，如坠楼、割脉、自缢等意外死亡。

5、被服务老人可能因思维障碍、情绪不稳定等原因，导致失去行为自控能力，出现攻击性或伤害性行为，造成自伤或第三人伤亡等意外，如：误食、误伤、软组织损伤、骨折、死亡及其它并发症等。

6、被服务老人因长期卧床，以及患有不同程度的低蛋白血症、或患有免疫功能方面的疾病，极易出现皮肤意外，如皮肤水泡、难免压疮等。

7、被服务老人不听从服务人员嘱咐和劝阻，因自行行动、上厕所、洗浴、

上下楼梯、外出等行为而造成意外伤害甚至死亡等。

8、120 急救车不能及时赶到会造成延误送医的情况。

9、120 急救的医院会与老人的定点医院不一致。不同医院的急救治疗能力会产生不同的抢救效果。

10、若安装了护理床、防褥疮床垫，这两项养老产品仅能为照护老人提供辅助作用，并不能保证一定可以做到预防老人长褥疮，或让老人身体状况有所好转。

11、因智能产品本身存在的出厂质检不能查出的未知原因、手机信号太弱、家庭网络瘫痪、设备供电中断、服务器宕机等因素，导致智能设备的数据有时候无法及时上传到服务器，因此造成提醒延迟、遗漏等问题，会导致老人无法获得及时救助。

12、被服务老人如果在家庭照护床位服务中没有选择紧急呼叫等智能化设备及相应的平台服务，遇到紧急情况后可能会存在因呼叫不及时、呼叫无响应等导致老人无法获得及时救助的情况。

我单位工作人员已将上述被服务老人潜在意外风险明确告知被服务老人及其受托人，在非服务不当的情况下，此意外情况出现，我方不承担赔偿责任，特此告知！

备注：因无法从被服务老人以外的途径得知被服务老人是否有其他负有赡养义务或享有继承权的家人，故由受托人承担由此引起的所有后果责任。

服务机构（盖章）：

受托人（签名）：

年 月 日

年 月 日

附件 8

嘉定区家庭照护床位 受托人知情承诺书（参考）

（服务机构留存）

《嘉定区家庭照护床位老人潜在意外风险告知书》中所列被服务老人潜在意外风险告知内容我已明知，我作为被服务老人的受托人，能够代表被服务老人的所有家人，知晓并郑重承诺：

在非服务不当的情况下，被服务老人出现《嘉定区家庭照护床位老人潜在意外风险告知书》中所列意外情况，会接受现实且不追究养老服务机构的责任，若家人中有不同意见的，由我负责协调。

备注：因无法从被服务老人以外的途径得知被服务老人是否有其他负有赡养义务或享有继承权的家人，故由受托人承担由此引起的所有后果责任。

服务机构（盖章）：

受托人签名：

年 月 日

年 月 日

附件 9

嘉定区“以奖代补”家庭照护床位运营奖申请审批表

申请机构名称			
联系人		联系电话	
一次性建设 补贴	老年照护统一需求评估为二级以上的人数_____人 需提交： 1. 每位对象的服务协议，设施投入清单、凭证等 2. 经评估验收服务符合规定的评估报告		
服务质量日常监 测奖励	监测结果： ☐ 良好 ☐ 优秀 需提交： 1. 服务质量日常监测结果报告		
机构 申请	本机构承诺所提交材料均真实有效。现申请一次性建设 补贴_____万元，服务质量日常监测奖励_____万元。 机构负责人（签字并盖章）：_____ 日期：_____		
所在街镇 民政部门意见	负责人（签字并盖章）：_____ 日期：_____		
区民政部门 意见	负责人（签字并盖章）：_____ 日期：_____		

附件 10

嘉定区家庭照护床位服务情况进度表

所属街镇	意向 老人数	签约 老人数	签约服务周期		特殊情况 中止服务 人数	原因	基础服务包 人数	24 小时服务 人数	个性化服务 人数
			小于等于 6 个月人数	大于等于 6 个月人数					
例：XX 镇	5	3	1	2	0	/	3		1
合计									

填报单位：

填表人：

联系电话：