

上海市养老服务合同

示范文本

(2022 机构版)

上海市市场监督管理局
上海市民政局
上海市养老服务行业协会

制定

使用说明

1. 本合同为示范文本，供养老机构、入住老年人和担保人之间签订养老服务合同使用。当事人可以使用本合同，也可以参照本合同自行制定合同文本。
2. 当事人可使用本示范文本电子版进行签约。
3. 本示范文本所称养老机构，是指经合法登记并向民政局备案，为老年人提供集中居住和照料护理服务的机构。
4. 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。
5. 当事人可以书面形式对本示范文本内容进行变更或者补充，但变更或者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。
6. 本合同相关条款遇法律法规、服务标准等调整的，按调整后的法律法规、服务标准等执行。
7. 本示范文本由上海市市场监督管理局、上海市民政局、上海市养老服务行业协会共同制定。

合同编号：

上海市养老服务合同

(2022 机构版)

甲方（养老机构）：_____

乙方（入住老年人）：_____

丙方（担保人）：_____

根据《中华人民共和国民法典》《中华人民共和国老年人权益保障法》《上海市老年人权益保障条例》《上海市养老服务条例》及有关法律、法规的规定，甲方、乙方、丙方本着平等、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

甲方按照上海市民政局统一制订的上海市养老机构服务分级相关要求，对乙方身心状况进行入院评估，确定乙方照护等级为_____。根据照护等级，甲方向乙方提供相应基本服务，包括饮用水供应和用餐服务、睡眠照护服务、洗漱、修饰和洗浴服务等日常照护服务，用药管理、导管护理、常用医疗护理等预防保健服务，清洁卫生、社交娱乐、心理/精神支持等服务。

经协商一致，甲方可向乙方提供个性化服务、代办服务和其他服务，具体约定服务如下：

1. 个性化服务内容：_____，
2. 代办服务内容：_____，
3. 其他服务内容：_____。

第二条 服务期限

本合同服务期限为_____年，自_____年_____月_____日起至_____年_____月_____日止。其中，试住期为_____日，自_____年_____月_____日起至_____年_____月_____日止（原则上不超过30日）。

第三条 费用

1. 甲方向乙方收取：

(1) 基本服务费用：_____元/月，包括床位费：_____元/月，照料护理费：_____元/月，

按_____支付，支付时间_____；

(2) 膳食费：_____元/月，按_____支付，支付时间_____；

(3) 个性化服务费：_____，按_____支付，支付时间_____；

(4) 代办服务性收费：_____，按_____支付，支付时间_____；

(5) 其它费用：_____费，_____，按_____支付，支付时间_____。

2. 试住期按以上标准，根据实际入住天数结算费用。

第四条 入住保证金

1. 自本合同签订之日起____日内，乙方向甲方支付入住保证金，金额为____元（原则上不超过月基本服务费用的四倍），甲方应当出具保证金收据。本合同终止后，甲方根据实际使用情况于____日内，向乙方无息返还入住保证金。

2. 入住保证金的用途为补足月费用、医疗费、违约金、赔偿金及其它经乙方同意的甲方为乙方垫付的费用。

3. 乙方未按规定期限支付本合同第三条约定的费用超过____日的，经甲方书面催告仍不支付的，甲方有权将入住保证金的部分或全部直接抵付相应费用。入住保证金抵付后，乙方应在收到甲方付款通知后____日内，补足入住保证金。

第五条 甲方权利义务

1. 乙方出现机能进行性衰退、认知能力下降、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。

2. 甲方向乙方提供符合有关国家、行业、地方标准和规范要求以及本合同约定的服务。

3. 甲方的收费标准和调整应遵守本市养老机构服务收费管理的相关规定。

4. 甲方定期组织所在地的医疗卫生机构为乙方开展体检，建立包含乙方的入住登记表、体检报告、日常费用开支情况等信息在内的个人档案资料。

5. 乙方需外出就医的，甲方应及时告知丙方并由丙方携乙方就诊。紧急情况下，甲方可送急诊处置，由此产生的医疗费等相关费用由乙方承担。

6. 自乙方委托甲方管理其外出就诊所配药品并办理药品移交手续之日起，甲方应按卫生行政部门的规定及相关医嘱，提供相应的服务与管理。

7. 如出现传染病相关疫情，甲方应根据疫情防控相关规定，做好院内疫情防控工作。

8. 乙方入住期间罹患传染病，或传染病疫情期间外出返院，甲方有权根据有关规定对乙方实施院内或院外隔离。

9. 甲方在入住保证金之外，一次性收取____个月基本服务费用作为预付款的，应向乙方出具风险提

示函，书面告知可能存在的风险（原则上不超过6个月）。

10. 甲方暂停或终止经营，但合同尚未期满终止的，甲方应与乙方或丙方协商，对乙方进行安置。

第六条 乙方权利义务

1. 乙方有权查阅、复印甲方为其建立的个人档案资料，对自身的健康状况、费用支出等享有知情权。
2. 乙方享有人身、财产安全依法受保护的權利，乙方人格尊严应当受到尊重。
3. 乙方有优先续约权，可以在合同期满30日前提出续约。
4. 乙方应当向甲方如实告知健康状况、用药情况及过往病史，并填写《首次入住健康状况说明》（附件1）。
5. 如出现传染病相关疫情，乙方应配合甲方根据疫情防控相关规定采取的疫情防控措施。
6. 乙方入住期间罹患传染病，或传染病疫情期间外出返院，应配合甲方根据有关规定实施的院内或院外隔离。
7. 乙方应当配合甲方的正常服务和管理，遵守甲方制定的规章制度。
8. 乙方应当按照本合同约定的费用、支付时间和支付方式向甲方支付费用。

第七条 丙方权利义务

1. 丙方有权探视乙方，有权对甲方的照护工作提出意见建议，但不得影响甲方的正常服务和管理。
2. 乙方不能履行告知义务的，丙方应当向甲方如实告知乙方的健康状况、用药情况以及过往病史，并填写《首次入住健康状况说明》（附件1）。
3. 乙方支付本合同约定的费用，丙方承担连带责任。
4. 乙方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，乙方向甲方或第三人承担赔偿责任，丙方承担连带责任。
5. 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。
6. 乙方入住期间罹患传染病，或传染病疫情期间返院，丙方应配合甲方根据有关规定对乙方实施的院内或院外隔离，同时具有知情权。
7. 对甲方反映的乙方事宜，丙方应当配合甲方共同处理。

第八条 合同的变更

1. 甲方在乙方入住期间对其身体状况进行持续评估。根据评估结果，需要调整乙方相应的照护等级、服务内容和费用，经乙方确认，变更合同的有关内容，见《变更事项确认表》(1-3)（附件2）。
2. 乙方对评估结果有异议的，可自行向第三方评估机构申请复评，根据复评结果，仍需要调整乙方相应的照护等级、服务内容和费用，经乙方确认，变更合同的有关内容，见《变更事项确认表》(1-3)（附件2）。

第九条 合同的解除

1. 有下列情形之一的，甲方可以书面通知乙方、丙方解除本合同：

- (1) 乙方逾期未补足入住保证金_____日以上，经甲方书面催告，仍不补足的；
- (2) 乙方出现精神障碍或患有必须隔离治疗的传染病，危及自身或他人人身、财产安全的；
- (3) 乙方连续请假外出超过_____日（30日以上）；
- (4) 乙方违反本合同第六条第4款、第7款或者丙方违反本合同第七条第2款之一的；
- (5) 当事人不能就本合同第五条第1款或者当事人不能就本合同第八条第2款达成一致的；
- (6) 乙方无法适应集体生活或出现其它乙方不适宜继续入住的情况。

2. 有下列情形之一的，乙方、丙方可以书面通知甲方解除本合同：

- (1) 甲方未按合同约定提供相应服务的；
- (2) 当事人不能就本合同第五条第1款或者当事人不能就本合同第八条第2款达成一致的；
- (3) 乙方提前办理出院或死亡的；
- (4) 乙方对甲方的服务不满意或出现其它乙方认为不适宜继续入住的情况。

第十条 违约责任

1. 甲方未按合同约定提供相应服务，给乙方造成损失的，甲方应当予以赔偿。

2. 乙方逾期支付入住保证金的，每逾期一日应按逾期未付金额的_____‰向甲方支付违约金。

3. 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。

4. 乙方需外出就医的，丙方拒绝及时携乙方到医院就诊而造成的后果，由丙方承担。

5. 合同终止后，甲方逾期不返还入住保证金的，依法承担违约责任。

6. 其他违约责任：_____。

第十一条 其他约定

1. 外出约定：_____；

2. 委托发放外配药品约定：_____；

3. 紧急联系人约定：_____；

4. 其它约定：_____。

第十二条 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，当事人可以选择下列第_____种方式：

1. 向_____仲裁委员会申请仲裁。

2. 向人民法院提起诉讼。

第十三条 附则

1. 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. 本合同附件是本合同的组成部分，与合同正文具有同等法律效力。

3. 本合同自甲方盖章，乙方、丙方签名、盖章或按指印之日起生效。本合同一式三份，甲方、乙方、丙方各执一份。

本合同附件：

1. 《首次入住健康状况说明》

2. 《变更事项确认表》(1-3)

甲方（养老机构）：

名称：_____

统一社会信用代码：_____

住所(址)：_____ 邮编：_____

法定代表人：_____ 联系电话：_____

盖章：_____

乙方（入住老年人）：

姓名：_____ 性别：_____ 出生年月：_____

身份证号：_____

住所(址)：_____

户籍所在地：_____ 邮编：_____

签名/盖章/按指印：_____

丙方（担保人）：

姓名：_____ 性别：_____ 出生年月：_____

与乙方关系：_____ 联系电话：_____

身份证号：_____

住所(址)：_____

户籍所在地：_____ 邮编：_____

签名/盖章/按指印：_____

签约日期：_____年_____月_____日

附件 1

首次入住健康状况说明

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				
既往疾病说明							
<input type="checkbox"/> 慢性支气管炎	<input type="checkbox"/> 肺气肿	<input type="checkbox"/> 肺源性心脏病	<input type="checkbox"/> 支气管哮喘、扩张	<input type="checkbox"/> 气胸			
<input type="checkbox"/> 慢性心衰	<input type="checkbox"/> 心律失常	<input type="checkbox"/> 高血压	<input type="checkbox"/> 冠心病	<input type="checkbox"/> 心脏瓣膜病			
<input type="checkbox"/> 心肌病	<input type="checkbox"/> 脉管炎	<input type="checkbox"/> 肺结核	<input type="checkbox"/> 消化道出血	<input type="checkbox"/> 胃溃疡			
<input type="checkbox"/> 结肠炎	<input type="checkbox"/> 胆囊炎	<input type="checkbox"/> 胆结石	<input type="checkbox"/> 肝炎	<input type="checkbox"/> 肝硬化			
<input type="checkbox"/> 肾功能不全	<input type="checkbox"/> 肾炎	<input type="checkbox"/> 泌尿系统结石	<input type="checkbox"/> 前列腺炎				
<input type="checkbox"/> 甲状腺病(甲亢、甲减、甲状腺炎、结节)			<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 骨质疏松			
<input type="checkbox"/> 痛风	<input type="checkbox"/> 关节炎	<input type="checkbox"/> 红斑狼疮	<input type="checkbox"/> 贫血	<input type="checkbox"/> 脑出血			
<input type="checkbox"/> 脑梗塞	<input type="checkbox"/> 帕金森氏综合症		<input type="checkbox"/> 重症肌无力	<input type="checkbox"/> 癫痫			
<input type="checkbox"/> 美尼尔氏综合症		<input type="checkbox"/> 认知障碍	<input type="checkbox"/> 抑郁症	<input type="checkbox"/> 焦虑症			
<input type="checkbox"/> 肿瘤	<input type="checkbox"/> 白内障	<input type="checkbox"/> 青光眼	<input type="checkbox"/> 皮肤疾患				
以上共_____项							
其它疾病_____							
现有疾病说明							
<input type="checkbox"/> 慢性支气管炎	<input type="checkbox"/> 肺气肿	<input type="checkbox"/> 肺源性心脏病	<input type="checkbox"/> 支气管哮喘、扩张	<input type="checkbox"/> 气胸			
<input type="checkbox"/> 慢性心衰	<input type="checkbox"/> 心律失常	<input type="checkbox"/> 高血压	<input type="checkbox"/> 冠心病	<input type="checkbox"/> 心脏瓣膜病			
<input type="checkbox"/> 心肌病	<input type="checkbox"/> 脉管炎	<input type="checkbox"/> 肺结核	<input type="checkbox"/> 消化道出血	<input type="checkbox"/> 胃溃疡			
<input type="checkbox"/> 结肠炎	<input type="checkbox"/> 胆囊炎	<input type="checkbox"/> 胆结石	<input type="checkbox"/> 肝炎	<input type="checkbox"/> 肝硬化			
<input type="checkbox"/> 肾功能不全	<input type="checkbox"/> 肾炎	<input type="checkbox"/> 泌尿系统结石	<input type="checkbox"/> 前列腺炎				
<input type="checkbox"/> 甲状腺病(甲亢、甲减、甲状腺炎、结节)			<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 骨质疏松			
<input type="checkbox"/> 痛风	<input type="checkbox"/> 关节炎	<input type="checkbox"/> 红斑狼疮	<input type="checkbox"/> 贫血	<input type="checkbox"/> 脑出血			
<input type="checkbox"/> 脑梗塞	<input type="checkbox"/> 帕金森氏综合症		<input type="checkbox"/> 重症肌无力	<input type="checkbox"/> 癫痫			
<input type="checkbox"/> 美尼尔氏综合症		<input type="checkbox"/> 认知障碍	<input type="checkbox"/> 抑郁症	<input type="checkbox"/> 焦虑症			
<input type="checkbox"/> 肿瘤	<input type="checkbox"/> 白内障	<input type="checkbox"/> 青光眼	<input type="checkbox"/> 皮肤疾患				
以上共_____项							
其它疾病_____							
现服药情况							
注：1. 乙方申请入住时，由乙方或丙方填写，说明乙方所患疾病情况。 2. 在“□”内用“√”表示确认乙方患有的疾病。							

附件 2

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)	评估日期	
照护等级 (当前)				评估日期		
变更事项	变更后的状况			变更后签章		
照护等级				甲方代表签章： 乙/丙方签章： ____年____月____日		
基本服务费用付费标准	床位费：人民币_____元/月 照料护理费：人民币_____元/月					

注：后续变更可另附表格

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)	评估日期	
照护等级 (当前)				评估日期		
变更事项	变更后的状况			变更后签章		
各类其他服务	个性化服务内容： _____ _____			甲方代表签章： 乙/丙方签章： ____年____月____日		
	个性化服务收费： _____					
	代办服务内容： _____ _____					
	代办服务收费： _____					
	其他服务内容： _____ _____					
	其他服务收费： _____					

注：后续变更可另附表格

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)	评估日期
照护等级 (当前)				评估日期	
变更事项	变更后的状况			变更后签章	
外出 约定	1. 丙方_____ (应填写同意或不同意) 乙方自主决定外出。 2. 自主外出时的安全由乙/丙方自行承担。 注：外出时请带好个人信息卡。			甲方代表签章： 丙方签章： _____年____月____日	
委托 发放 外配 药品 约定	丙方_____(应填写委托或不委托)甲方按 医嘱为乙方发放外配药品。			甲方代表签章： 丙方签章： _____年____月____日	
紧急联系 人约定	丙方_____(应填写同意或不同意)将紧急 联系人变更为(应填写姓名)_____, 联 系电话为_____			甲方代表签章： 丙方签章： _____年____月____日	

注：后续变更可另附表格