



# 受益人及照护者 护理协议



## Care Agreement for Beneficiaries and Their Caregivers

作为 WA Cares 受益人，若您选择通过华盛顿州消费者自主照护网络聘请个人服务提供者，需自行负责管理其日常护理工作安排。双方就拟提供的护理服务内容达成一致至关重要。WA Cares 建议您与每位照护者（含家属照护者）均签订本协议。本协议由您与照护者留存即可，无需向 CDWA 提交副本。

如果您选择居家照护机构提供上门服务，相关机构将为您制定专属护理方案。

### 1. 受益人信息

姓名（名字和姓氏）

法定代表人（如适用）

电话号码（含区号）

### 2. 照护者信息

姓名（名字和姓氏）

住址

电话号码（含区号）

### 3. 我的护理需求

我需要协助完成以下活动（必要时请参阅第 3 页《护理需求认定工作表》填写本部分内容）：

- |                             |                               |                                 |
|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 穿衣 | <input type="checkbox"/> 服药管理 | <input type="checkbox"/> 膳食准备   |
| <input type="checkbox"/> 洗浴 | <input type="checkbox"/> 转移   | <input type="checkbox"/> 购物     |
| <input type="checkbox"/> 如厕 | <input type="checkbox"/> 床上活动 | <input type="checkbox"/> 陪同就医   |
| <input type="checkbox"/> 活动 | <input type="checkbox"/> 个人卫生 | <input type="checkbox"/> 准备取暖木柴 |
| <input type="checkbox"/> 进食 | <input type="checkbox"/> 家务   |                                 |

#### 4. 工作时间表

a. 我  每周或  每月需要\_\_\_\_\_ 小时的个人护理服务。

\* WA Cares 支付系统将统一按 15 分钟为一个计费单位核算服务时长。

b. 我需要照护者在以下日期及时段提供服务：

星期日	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
时间：	时间：	时间：	时间：	时间：	时间：	时间：

c. 服务起始日期（含当日，不得早于预授权起始日期）：

\_\_\_\_\_.

#### 声明与签字

本人签字即表示理解并确认以下条款：

- 护理内容、时长及排班可根据受益人需求、照护者的可服务时间及服务能力进行调整。
- 照护者具备完成所列照护任务的能力，并同意遵守服务时长与排班安排。
- 照护者仅可就已获授权且实际提供的服务时长提交工时表，若申报时长超出预授权范围，超额部分将无法获得费用结算，且可能对受益人的计划福利额度产生负面影响。
- 受益人可随时以任何理由解聘照护者。
- 照护者离职前，须按 CDWA 的政策提前通知。

受益人（或法定代表）签字

日期

照护者（个人服务提供者）签字

日期

## 护理需求认定工作表

您可以通过本表格明确个人所需的护理服务项目、协助类型及预估服务时长。

护理服务项目分为日常生活活动与工具性日常生活活动两类。

**日常生活活动(ADL)**指个体为维持个人护理及整体健康，每日或定期开展的基础性自我护理事项。

**工具性日常生活活动(IADL)**指个体为实现独立生活、料理家务及日常事务所需完成的必要事项。

以下为照护者可提供的服务项目及协助类型说明。

协助类型	描述
随护观察/监护	照护者需与您保持手臂可及范围或视线可及范围内的距离
言语提示	提醒您完成相关事项（如进食、服药、沐浴），或告知您完成任务的步骤（先做这一步，再做那一步）
身体辅助	提供动手帮助以完成相关事项（如搀扶您起床、帮您穿袜子、为您清洗头发）
日常生活活动	描述
穿衣	帮您拿取和挑选衣物、扣纽扣、拉拉链、穿脱衣裤/袜子/鞋子
洗澡	帮您进出淋浴间或浴缸、清洗身体和头发、冲洗身体，提供陪护观察，或为您进行床上擦浴
活动能力	帮您在居家范围内行走、推轮椅或助行器、清理行走通道、全程监护以保障安全
转移	帮您从椅子起身、坐到沙发上、进出轮椅、上下床
饮食	可为您送餐上门，按需将食物切碎或捣烂，提醒您进食，协助喂食，并帮您端持饮品
床上活动	帮您在床上翻身或坐起，定时帮您调整体位以预防皮肤裂损
个人卫生	帮您刷牙、清洁假牙、剃须、梳理头发、涂抹润肤露、修剪指甲
如厕	帮您上下马桶、使用便桶或尿壶、擦拭身体、整理衣物，提供监护或言语提示
工具性日常生活活动	描述
家务	帮您洗碗、餐后清理台面、洗衣、整理床铺、清洁地板、除尘、整理房间

膳食准备	帮您烹饪可即时食用或加热后食用的餐食、准备点心、规划菜单（请务必告知照护者您的过敏情况、饮食禁忌及口味偏好）
购物*	陪同您前往商店购物、接送您往返商场、代您购物、代取线上订单，包含代领药品
陪同就医*	提供交通工具送您前往医疗机构就诊、看牙医、进行心理健康咨询或参加互助小组，可乘坐照护者的车辆，或陪同您搭乘城市巴士等其他交通工具
准备取暖木柴	帮您将木柴搬运至室内、装填壁炉、添火助燃。不含砍柴服务。
服药管理	提醒您按时服药、协助订购药品、帮您分装药盒或分药器（个人照护者不得在您不知情的情况下将药物放入您口中或混入食物喂食；若个人照护者与您非亲属关系，部分药品的给药操作须由注册护士指导监督）

\* 照护者提供交通相关服务的可报销里程设有上限。若有额外需求，可申请 **WA Cares Fund Transportation** 服务获得支持。

您可参考上述信息，通过下方工作表与照护者共同规划护理方案。上述信息可用于填写前述护理服务协议。

任务	是否需要协助?	协助频率?	协助内容
示例 - 沐浴	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	每周 3 次	协助进出及清洗头发
穿衣	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
洗澡	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
活动能力	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
转移	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
饮食	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
服药管理	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
床上活动	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
个人卫生	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
如厕	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
家务	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
膳食准备	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
购物	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
陪同就医	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
准备取暖木柴	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		