附件4 编号：

西湖区家庭养老照护床位服务方案确认表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 老年人姓名 |  | 性别 |  |
| 身份证号码 |  | 联系方式 |  |
| 家庭住址 |  |
| 辅具租赁和智能化设备项目清单 | 项目类型 | 辅具、设备名称 | 安装区域 |
| 辅具租赁 |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 智能化设备 |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 结果确认 | 本人（是□ /否□）认同上述方案，同意辅具租赁和智能化设备按照上表实施，愿意承担因施工改造产生的影响。老人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 老人监护人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日  |