

CARE PLAN INFORMATION
RENSEIGNEMENTS SUR LE PLAN DE SOINS

YOUR GUIDE TO HOME CARE SERVICES IN MANITOBA
VOTRE GUIDE DES SERVICES DE SOINS À DOMICILE AU MANITOBA

Client Name:
Nom du client:

SERVICES TO BE PROVIDED BY HOME CARE
SERVICES OFFERTS DANS LE CADRE DU PROGRAMME DE SOINS À DOMICILE

Further information on the direct services to be provided by Home Care will be available in the service plan. All direct service staff will have instructions about the specific tasks/services that they will be providing.

Vous trouverez dans le plan de services de plus amples détails sur les services personnels offerts dans le cadre du Programme de soins à domicile. Tout le personnel reçoit des instructions quant aux tâches ou services particuliers à entreprendre.

REFERRALS TO OTHER SERVICES AND OTHER INFORMATION
RECOMMANDATIONS ET AUTRES RENSEIGNEMENTS

All care plans are reviewed and reassessed on an ongoing basis. Specific services may be increased, decreased or discontinued based on these reviews and reassessments.

Tous les plans de soins sont révisés et réévalués de façon régulière. Certains services peuvent être augmentés, diminués ou annulés selon les résultats de ces révisions et de ces réévaluations.

CARE PLAN INFORMATION
RENSEIGNEMENTS SUR LE PLAN DE SOINS

YOUR GUIDE TO HOME CARE SERVICES IN MANITOBA
VOTRE GUIDE DES SERVICES DE SOINS À DOMICILE AU MANITOBA

CONTACT NAME(S) AND NUMBER(S): PERSONNES-RESSOURCES :

Name _____ Name _____

Phone / Tél. _____ Phone / Tél. _____

After Hours / Après les heures de travail _____

CLIENT'S BACKUP PLAN
PLAN DE DÉPANNAGE DU CLIENT

In the event of a service breakdown or emergency, the contact/backup person is:
En cas d'urgence ou d'interruption du service, la personne-ressource est :

Name / Nom _____ Address
Adresse _____

Relationship
Lien de parente _____

Home Phone Work Phone
Tél. (domicile) _____ *Tél. (bureau)* _____

Backup plan discussed with and agreed to by person named as backup:
La personne susmentionnée a été avisée et accepte d'apporter son aide :

Yes / *Oui* No / *Non*

Comments / *Commentaires* : _____

Client/Designated Representative signature <i>Signature du client ou du représentant autorisé</i> _____ Date _____	Case Co-ordinator signature <i>Signature du coordonnateur de dossiers</i> _____ Date _____
---	---

NOTE: Your signature indicates that this care plan has been discussed with you. REMARQUE : Votre signature indique que le plan de soins a été discuté avec vous.