GRILLE DE SERVICES OFFERTS PAR LA SOCIÉTÉ EN COMMANDITE VILLA D'ALMA

Nom du resident.	initiales:	Date: / /
Nom du résident:	initiales:	Date: / /
	그를 내려가 하면 있는 일반다	이 개를 내 하는 것이 있는 것을 만든 없습니다.
Service de base: 260.\$		Service complet: 350.\$ couple 450.\$
Distribution de la médication		Service de base
Tournée médicale matin et soir		Visite infirmière + soins
Enseignement et communication (CL	SC - pharmacie)	Visite nuit - visite préposée
		Glycémie - insuline - pansements

SERVICES	SERVICES OFFERTS	SERVICES NON OFFERTS	SERVICE INCLUS DANS LE LOYER		SERVICES NON INCLUS DANS LE LOYER			ACCEPTÉ INITIALES	REFUSÉ INITIALES	TOTAL
			FRÉQUENCE	PRIX	FRÉQUENCE	PRIX	MENSUEL		7,2,3 = 1+	· VAN
	1 2 25 7			re la la					10 Apr. 10 12	100
SERVICE DE BASE	S. 7 3 NOSS 1 0	Tom (1889) 18 19	Sr. 1 - 1		7	1 1 1 1 1	260\$	- Arthur Man	1.1.7.2.2.2	- 1 1 15 1
	18" 2 " 4	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		N - W - W	2 2 2 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3				1 7	
SERVICE COMPLET SEUL			100 1 1 1 1		Park Park		350\$	N. Carlot	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
				1 14 6 6 1 1 1 1		1 - 5 /20 mg =	1 11 11			
SERVICE COMPLET COUPLE				THE RESERVE		10 c	450 \$		2000	
				123 - 4 - 3			THE SHEET BUILD	10 to	W	A MARKET
REPAS										
		a si jira i		45	4.6		10000		as to a p	
SERVICE DE PLATEAUX						3.00\$			311 0,24	
				ACA NOTE					E to the Co	43
Or a stage to see a stage of the						Party of Williams			La La Company	San Pile
SERVICES D'ASSISTANCE										
PERSONNELLE						AND WAR				
Aide au bain (douche)	x			\$170,000,000 114	1 fois	18.00\$	B. C. Far			
Aide à l'hygiène et	x				1 fois/jr	2.50\$		Taga Market	4.6.24	
habillement. (matin ou soir)	*	Land Lands Land				1. 4. 4. 4. 4. 4.			1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
We was the working William William of					V P TO THE TOTAL PROPERTY OF THE PARTY OF TH				100	177, 111

SERVICES	SERVICES OFFERTS	SERVICES NON OFFERTS	SERVICE INCLUS DANS LE		SERVICES NON INCLUS DANS LE LOYER			ACCEPTÉ INITIALES	REFUSÉ INITIALES	TOTAL
AND MINISTER WAS AN YOUR	n 17 w is fi School Alaes 19	ena la	FRÉQUENCE	PRIX	FRÉQUENCE	PRIX	MENSUEL			
SERVICES D'ASSISTANCE PERSONNELLE (SUITE)		10				5).				
Aide à l'hygiène et habillement (matin et soir)	х				2 fois/jr	5.00\$				
Faire le lit	×				1 fois/jr	2.50\$				
Soins d'incontinence (changer protection ou culotte) matériel aux frais du résident	х				2 fois/jr	4.00\$	matin et so	ir		
Aide à l'alimentation		X					+			
Aide à préparer aliments (ouvrir les contenants, couper la viande)	х					х				
Aide à la mobilisation (aide à marcher)	(6)	х								9.
Aide aux déplacements (surveillance , assistance)		Х		N.						
Pose et/ou retrait de bas supports	х			M.	1 fois/jr	60\$	at a			
Distribution - médicaments	х					120\$				
Administration des médicaments	х					120\$			G.	
Soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne	х							-		
Autres (précisez)							+			

SERVICES	SERVICES OFFERTS	SERVICES NON OFFERTS	SERVICE INCLUS DANS LE LOYER		SERVICES NON INCLUS DANS LE LOYER			ACCEPTÉ INITIALES	REFUSÉ INITIALES	TOTAL
	Table To		FRÉQUENCE	PRIX	FRÉQUENCE	PRIX	MENSUEL			W 1 2 W
SOINS INFIRMIERS			*		The second second	P Addition of	" "ASL.			
Présence d'une infirmière	Х			× ×	1 1					
ou infirmière auxiliaire	2 2							•		
Nombre de jours/semaine					3 0					
7jours/7 de 8H00 à 18H00				ri Xi					=	= F4 ^W
Évaluation perte autonomie		CLSC		0				н	95	
Évaluation de l'état-santé		CLSC	16.							
Prise de tension artérielle	х				1 fois	1.50\$			ь	
(signes vitaux)		* , *					N N		14 141	
Soins de plaies (matériel inc.)	. X	11			1 fois	1.25\$				
Prélèvements sanguins		CLSC				FB			r.	
(envoi au labo)		16		i i i i i i i i i i i i i i i i i i i	10					
Timbres (nitro/exelon)	Х				1 fois	0.50\$			14	
Soins de stomie	×	9			1 fois	2.00\$			n d	
Glycémie capilaire(diabète)	X				1 fois	1.25\$				
Matériel fourni par résident			•	3					18	
Gouttes cataractes	х				4 fois/jr		60.00\$			
Gouttes ophtalmiques	х				1 fois	0.60\$				1
njections	. X		55		1 fois	2.00\$				
Autres: (précisez)	х									
GRAND TOTAL DES SERVICES										

Le paiement sera prélevé en même temps que votre loyer soit le premier mois suivant le service de soins médicaux.

Exemple: soins de juillet seront facturés en août.

Garder une copie pour impôt (crédit services de soins personnels, Annexe J)

À NOTER: LE PRIX ET LA DISPONIBILTÉ DES SERVICES PEUVENT CHANGER SANS PRÉAVIS.

Signature du résident:	Date:/
Signature du résident:	 Date:/
Signature de l'exploitant:	 Date:/