

# 장기요양급여 이용 표준약관 계약서



가족같은효성요양원



표준약관 제10068호

이용자, 제공자 및 대리인(보호자)은 장기요양급여 중 시설급여 이용에 대하여 다음과 같은 조건으로 계약을 체결한다.

| 계 약 당 사 자               |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |               |
|-------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------|
| 이용자<br>(갑)              | 성 명                                          | (서명 또는 인)                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 등 급   | 등급            |
|                         | 인정번호                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 인정기간  |               |
|                         | 생년월일                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 연 락 처 | -             |
|                         | 주 소                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |               |
|                         | 기 타                                          | <input type="checkbox"/> 면제(국민기초생활 수급권자) <input type="checkbox"/> 8%(의료급여) <input type="checkbox"/> 8%(감경자) <input type="checkbox"/> 10%(의료급여)<br><input type="checkbox"/> 10%(감경자) <input type="checkbox"/> 12%(감경자) <input type="checkbox"/> 20%(일반) <input type="checkbox"/> 50%(실비) <input type="checkbox"/> 등급 외 |       |               |
|                         | 실제생일                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 입소시간  |               |
| 제공자<br>(을)              | 시설명                                          | 가족같은효성요양원                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 시설종류  | 노인의료복지시설      |
|                         | 시설장 성명                                       | 이 수 린 (직인)                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 연락처   | 032) 889-3114 |
|                         | 주 소                                          | 인천광역시 중구 연안부도로 55번길 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |               |
| 대리인<br>또는<br>보호자<br>(병) | 성 명                                          | (서명 또는 인)                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 관 계   | ‘갑’ 의 ( )     |
|                         | 생년월일                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 연락처   |               |
|                         | 주 소                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |               |
|                         | 은행명                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 계좌번호  |               |
| 계약<br>기간                | 202    년    월    일    ~    20    년    월    일 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |               |

**제1조 【 목 적 】** 노인성질환 등으로 혼자서 일상생활을 하기 어려운 노인(장기요양 급여수급자)에게 시설급여서비스를 제공하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 삶의 질을 향상시키고자 한다.

**제2조 【 계약기간 】**

- ① 계약기간은 202 년      월      일부터 20 년      월      일까지로 한다.
- ② 1항의 기간은 당사자 간의 협의에 의하여 변경할 수 있다.
- ③ ‘을’ 은 계약기간 만료 1개월 전에 ‘갑’ (또는 ‘병’ )에게 재계약 여부를 확인하여야하며, ‘갑’ (또는 ‘병’ )은 이후 15일 이내에 ‘을’ 에게 회신 하여야 한다.
- ④ 3항의 규정에도 불구하고 ‘갑’ (또는 ‘병’ )으로부터 계약만료 전까지 별도의 회신이 없을 경우 계약은 1년간 자동연장 된다. (단, 시설 정원이나 갑의 장기요양 등급이 변경되었을 경우는 그렇지 아니하다.)
- ⑤ 계약내용 변경사항(장기요양 인정등급, 장기요양 급여비용, 비급여비용 등) 발생 시 이를 즉시 반영한다.
- ⑥ ‘갑’ (또는 ‘병’ )이 계약기간 만료 또는 그 이전에 계약을 해지하고자 할 경우에는 해당일 또는 계약기간 만료일로부터 15일 전에 신청해야 한다. 다만, 부득이한 경우에는 유선으로 통보할 수 있다.

**제3조 【 입소 · 이용료 납부 】**

- ① ‘갑’ 의 입소당월 이용료는 202 년      월      일에 납부하기로 한다. 입소당월 이후 매월 이용료는 매월 5일 납부하기로 한다.(5일이 공휴일인 경우 그 익일로 한다.)
- ② ‘갑’ (또는 ‘병’ )은 본인일부부담금과 비급여 항목에 대한 비용을 전액 지불하여야한다.
- ③ ‘갑’ 의 이용료 납부방법은 □현금 □입금 □카드 로 한다.
- ④ ‘갑’ 또는 ‘병’ 의 요구에 의한 개별적인 물품·용역의 구입과 개별적인 희망에 의해 외부 서비스 제공자가 개인을 대상으로 제공하는 프로그램·서비스에 따른 실비는 ‘갑’ 또는 ‘병’ 이 별도 부담한다.

◇ 시설급여 (1일)

(단위:원)

| 구분        |                      |     | 1등급                   | 2등급     | 3/4/5등급 |
|-----------|----------------------|-----|-----------------------|---------|---------|
| 요양<br>급여  | 노인전문요양시설<br>(구노인복지법) | 수가  | 84,240                | 78,150  | 73,800  |
|           | 노인요양시설<br>(개정법)      | 20% | 16,848                | 15,630  | 14,760  |
| 본인<br>부담금 | 30일 기준               | 일반  | 505,440               | 468,900 | 442,800 |
| 비급여       | 상급침실 이용료             |     | 0                     |         |         |
|           | 식재료비(1식)             |     | 1일 2,700 X 3식 = 8,100 |         |         |
|           | 간식비(1회)              |     | 1,000                 |         |         |
|           | 이/미용료등               |     | 0                     |         |         |
|           | 합계                   |     | 9,100                 |         |         |
| 본인부담금 총액  |                      |     | 778,440               | 741,900 | 715,800 |

※ 요양급여비용은 매년 장기요양위원회(위원장 : 보건복지부 차관)가 결정, 고시하는 「장기요양급여비용 등에 관한 고시」(보건복지부 고시)에 따름

< (안내) 수급자 자격별 본인일부부담 비율 >

| 구분                                                                                                              | 시설급여 | 재가급여 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
| 일반                                                                                                              | 20%  | 15%  |
| 12% 감경자(중위소득 50% 이하)                                                                                            | 12%  | 15%  |
| 8% 감경자(중위소득 51%~100%)                                                                                           | 8%   | 15%  |
| 기초수급권자                                                                                                          | 0%   | 0%   |
| 기타 의료 수급권자<br>차상위 의료급여 건강보험 자격전환자<br>(희귀난치성, 만성질환자)<br>저소득층(본인일부부담금 감경을 위한<br>소득재산 등이 일정금액 이하인 자에<br>관한 고시 해당자) | 10%  | 7.5% |

※ [근거규정] 노인장기요양보험법

제40조(본인일부부담금) ① 재가 및 시설 급여비용은 다음 각 호와 같이 수급자가 부담한다.  
다만, 수급자 중 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급권자는 그러하지 아니하다.

1. 재가급여 : 당해 장기요양급여비용의 100분의 15
2. 시설급여 : 당해 장기요양급여비용의 100분의 20

◇ 세부내역(30일 기준)/급여비용은 일수 및 급여변동에 따라 적용 됨.

| 구분                                                 | 등급<br>(등외)                   | 수급자       | 감경      |         |         |           | 일8반     |                   | 개인부담비용       |                 |
|----------------------------------------------------|------------------------------|-----------|---------|---------|---------|-----------|---------|-------------------|--------------|-----------------|
|                                                    |                              | 요양급여      | 본인부담    |         |         |           | 요양급여    | 본인부담              | 식재료비<br>/간식비 | 상급<br>침실<br>이용료 |
|                                                    |                              | 100%      | 12%     | 10%     | 8%      | 80%       | 20%     |                   |              |                 |
| 2024.<br>01.01<br>~<br>적용                          | <input type="checkbox"/> 1등급 | 2,527,200 | 281,700 | 234,750 | 187,800 | 2,021,760 | 505,440 | 243,000<br>30,000 | 0            |                 |
|                                                    | <input type="checkbox"/> 2등급 | 2,344,500 | 261,360 | 217,800 | 174,240 | 1,875,600 | 468,900 |                   |              |                 |
|                                                    | <input type="checkbox"/> 3등급 | 2,214,000 | 241,020 | 200,850 | 160,680 | 1,771,200 | 442,800 |                   |              |                 |
|                                                    | <input type="checkbox"/> 4등급 |           |         |         |         |           |         |                   |              |                 |
|                                                    | <input type="checkbox"/> 5등급 |           |         |         |         |           |         |                   |              |                 |
|                                                    |                              |           |         |         |         |           |         |                   |              |                 |
| ♣ 입금계좌:225901-04-190222 / 은행명:국민은행 / 예금주:가족같은효성요양원 |                              |           |         |         |         |           |         |                   |              |                 |

### < (안내) 비급여 대상 항목 및 기타 실비 수납기준 >

#### 1. 비급여 항목 세부기준

##### 1) 기본원칙

- 비급여 항목은 식사재료비, 상급침실 이용에 따른 추가비용, 아·미용비이며, 그 밖의 비용은 기관에서 임의로 수납할 수 없음
- 해당 비용은 원칙적으로 해당 용역을 제공하기 위한 실제 소요비용(실비)만을 산정해야 하며, 별도의 이윤부가 불가

##### 2) 세부기준

(1) 식사재료비 :景观영양 유동식, 간식도 식재료비의 일종임

(2) 상급침실 이용료

- 1인실 또는 2인실 사용하는 경우 일반실에 비해 추가적으로 소요되는 비용에 대해 수납
- 상급침실은 (a) 반드시 고정된 벽으로 다른 공간과 구분되어 있고(파티션, 커튼 등은 불가), (b) 독립된 출입문을 갖추며, (c) 노인복지법 시설·설비기준에 의거한 1인당 면적기준(개정법 6.6㎡)을 충족하여야 함

(3) 아·미용비 : 수급자 희망에 의해 아·미용사 초빙하여 서비스 받는 경우 비급여 가능, 단 시설종사자·자원봉사자에 의해 제공되는 서비스는 비급여 항목으로 수납 불가, 손·발톱 정리 등의 명목으로 별도 수납은 불가

2. 비급여 항목 외 실비 수납기준 : 수급자가 개별적으로 요구하는 물품 및 용역을 시설에서 구매하여 제공하는 경우 실비를 수납할 수 있으며, 기관은 실비 이외에 추가비용을 수납하지 못함

**제4조 【 계약자 의무 】** ‘갑’ 과 ‘을’ 그리고 ‘병’ 은 다음의 의무를 성실하게 이행하여야 한다.

① ‘갑’ 의 의무

1. 월 이용료 납부
2. 시설의 건전한 생활분위기 조성에 협조
3. 시설 내에 개인 애완동물 사육금지 등 청결
4. 인적사항 변동 시 즉시 통보
5. 기타 시설생활 규칙 이행

② ‘을’ 의 의무

1. ‘갑’ 의 건강관리 협조
2. ‘갑’ 의 신변이상을 ‘병’ 에게 즉시 연락
3. 식사제공 및 생활상담, 조언 및 생활편익 제공
4. 건물 및 부대시설의 청결 및 유지관리
5. 기타 ‘갑’ 의 안락한 노후생활에 필요한 협조

③ ‘병’ 의 의무

1. ‘갑’ 에 관한 건강 및 필요한 자료제공
2. ‘갑’ 의 월 이용료 등 입소비용 부담
3. 인적 사항 등 변경 시 즉시 통보
4. ‘갑’ 의 의무이행이 어려울시 대리인 선정 및 ‘을’ 에게 통보
5. 기타 시설생활 규칙이행

**제5조 【 계약해지 요건 】**

① ‘갑’ 의 해지

1. ‘갑’ 과 ‘병’ 은 의사에 따라 자유롭게 퇴소를 결정할 수 있으며, 제2조 제6항에 의거하여 이에 대한 사항을 ‘을’ 에게 통지하여야 한다. 다만, 부득이한 경우에는 유선으로 통보할 수 있다.

② ‘을’ 의 해지

1. ‘갑’ 의 건강진단 결과 「감염병의 예방 및 관리에 대한 법률」에 따른 감염병 환자로서 감염의 위험성이 있는 경우로 판정될 때
2. 타입소자의 안전과 인권에 심대한 위협이 될 때
3. ‘갑’ 의 이용료를 2회 이상 납부하지 않고 연체하였을 때(단, ‘을’ 은 ‘갑’ 에게 서면으로 이용료 납부를 최고하고 ‘갑’ 또는 ‘병’ 이 최고 통지를 받은 날 부터 14일까지 이용료를 납부하지 않는 경우)

## 제6조 【 퇴소 】

- ① ‘을’은 제5조②항의 규정에 의한 계약해지 요건 시 이에 대한 증빙서류와 함께 계약해지 의사를 ‘갑’에게 서면으로 통지하여야 한다.
- ② ‘갑’과 ‘병’은 제1항의 규정에 의한 통지를 받았을 때에는, 본원 소정의 퇴소신청서를 작성하여 ‘을’에게 제출하고 ‘을’의 보관물품을 인수하여 퇴소하여야 한다. 단, 사유물품을 1년 이내에 인수하지 않을 경우에는 ‘병’(또는 ‘갑’)에게 통보 후 ‘을’이 자체적으로 처리할 수 있으며, 이에 대해 ‘갑’ 또는 ‘병’은 이의를 제기 할 수 없다.
- ③ ‘을’은 ‘갑’이 퇴소 시 이용료 잔액에 대하여 현금 또는 ‘갑’이 지정한(또는 ‘병’)계좌로 지체 없이 지급한다.

## 제7조 【 입소물품 】

‘갑’은 시설입소 시 개인물품을 ‘을’과 협의하여 반입할 수 있다.

## 제8조 【 면회 및 외출·외박 】

- ① ‘갑’의 면회시간은 매일 09:00시부터 20:00까지로 한다.  
(단 ‘갑’과 ‘을’ 또는 ‘병’이 동의할 경우 변경 할 수 있다).
- ② ‘갑’은 외출·외박시 사전에 ‘을’에게 신청하여야 한다.
- ③ ‘을’이 제공하는 음식물 이외의 음식물을 ‘갑’이나 ‘병’이 반입하고자 할 때에는 ‘을’과 협의 후에 반입하여야 한다.
- ④ 외출·외박 중 ‘갑’에게 신체적·정신적 변화 등의 사항이 발생할 경우 ‘갑’ 또는 ‘병’은 ‘을’에게 즉시 사실을 알려야 한다.

## 제9조 【 시설관리 】

- ① ‘을’은 보건, 위생, 방법, 방화 기타 생활에 필요한 서비스 제공을 위하여 시설 직원이 거실을 출입하거나 필요한 조치를 할 수 있다.
- ② ‘을’은 원무 행정상 필요한 경우 입소자의 거실을 재배치 할 수 있다.

## 제10조 【 건강관리 】

- ① ‘을’은 ‘갑’의 건강 및 감염병 예방을 위하여 ‘갑’과 종사자들에게 연 1회 이상 건강진단을 실시하여야 한다.
- ② ‘갑’이 질병 또는 상해로 인하여 진료가 필요하다고 인정 할 때에는 의사의 진료를 받을 수 있도록 조치하여야 한다.
- ③ 의사의 진료결과 입원이 필요한 질병이나 월 1회 이상 장기간 진료가 요구되는 경우 진료비와 부가서비스 경비(교통비, 외부간병인 등)는 ‘갑’ 또는 ‘병’에게 별도 징수한다.
- ④ ‘을’은 입소시 갑의 건강상태 등을 확인하고 기록함은 물론, 갑에 대한 적절한

건강관리를 하여야 하며, 갑의 건강유지, 악화방지를 위하여 적절한 조치를 취해야 한다.

- ⑤ ‘을’은 갑의 건강관리를 위하여 활력증상 확인, 투약관리, 욕창관리, 낙상방지 등 건강관리 활동을 하여야 한다.
- ⑥ ‘을’은 ‘갑’이 의사로부터 월 2회 이상 건강관리를 받을 수 있도록 조치를 취해야 하며, 이상시 지체 없이 ‘병’에게 통보한다.
- ⑦ ‘을’은 갑의 건강관리를 위하여 물리치료, 재활치료를 제공해야 한다.

#### 제11조 【 시설물 배상 】

- ① ‘갑’은 ‘을’의 시설물에 대하여 그 본래의 용도로 사용해야 하며, ‘갑’에 의한 시설물의 파손 또는 멸실에 대하여는 ‘갑’ 또는 ‘병’이 원상회복 하여야 한다.
- ② ‘갑’ 또는 ‘병’이 원상회복을 할 수 없을 때에는 ‘을’은 시설물의 잔존가치 등을 고려하여 실비로 산출한 비용을 그 내역과 함께 문서로 제시하고 ‘갑’ 또는 ‘병’은 이에 대하여 납부하여야 한다.

#### 제12조 【 위급시 조치 】

- ① ‘을’은 ‘갑’의 생명이 위급한 상태라고 판단된 때에는 협약병원, ‘갑’(또는 ‘병’)이 지정한 병원 또는 관련 의료 기관으로 즉시 후송하고 ‘병’에게 즉시 통보하여야 한다.
- ② ‘병’은 제1항의 규정에 의한 통보를 받았을 때에는 신속하게 대처하여야 한다. 다만 대처가 어려울 경우에는 우선 진료를 받을 수 있도록 조치하여야 한다.
- ③ ‘갑’이 사망하였을 경우에 ‘을’은 즉시 병원으로 후송하고 ‘병’에게 즉시 통보하여야 한다. 단 ‘병’과 사전에 협약이 있을 경우, ‘을’이 장례 절차를 진행할 수 있다.
- ④ 위 제3항의 규정에 의한 통보가 불가능할 때 ‘을’은 ‘갑’의 입소 입소월액 또는 시설의 운영비로 화장에 의한 장례를 집행하고 추후에 ‘병’과 정산할 수 있다.

제13조 【 임종 및 장례 】 입주자의 임종 및 장례절차는 가족이나 연고자가 있을 경우와 무 연고자를 구별하여 정한다.

- ① 가족이나 연고자가 있을 경우
  1. 임종이 임박하였을 시 치료 및 입원은 ‘병’과 협의하여 결정한다.
  2. 장례는 ‘병’ 또는 신원인수인의 정함에 따라 가족이 장례절차의 모든 것을 수행하게 한다.
- ② 무연고자
  1. 임종이 임박하였을 시 치료 및 입원은 ‘을’의 책임 하에 결정한다.
  2. 장례는 행정기관과 협의하여 행정절차에 의거하여 장례가 수행될 수 있도록 한다.

3. 1개월 이내 관할 동(읍, 면)사무소에 사망신고를 한다.

#### 제14조 【 식사 및 간식 】

- ① ‘을’은 1일 3식 및 간식을 ‘갑’에게 제공하며, ‘갑’의 상태에 따라 특별식을 제공할 수 있다. 특별식(경관급식비 등) 비용이 일반 수급자의 식재료비/간식비를 초과하는 부분은 ‘갑’ 또는 ‘병’이 별도 부담한다.
- ② ‘을’은 식단표 및 간식제공계획에 대하여 사전에 ‘갑’에게 제공하고 게시하여야 한다.

**제15조 【 영양실의 배정 】** ‘갑’의 영양실 배정은 입소순서에 따르며, 입소 후 ‘갑’의 건강상태, 수발조건, 형평성 등을 고려하여 변경할 수 있으며 ‘갑’ 또는 ‘병’의 의견을 반영하여 ‘을’이 조정할 수 있다.

#### 제16조 【 개인정보 보호의무 】

- ① ‘을’은 ‘갑’의 개인정보를 관계규정에 따라 보호하여야 한다.
- ② ‘을’은 장기요양서비스 제공에 필요한 ‘갑’의 개인정보 자료를 수집하고 활용하며 동 자료를 노인장기요양보험 운영주체 등에게 관계규정에 따라 제출할 수 있다.
- ③ ‘갑’의 개인정보수집 및 활용에 대한 승낙은 서면(개인정보수집 및 활용 동의서)으로 한다.
- ④ ‘갑’은 ‘을’이 수집·관리하는 본인의 개인정보에 대해 알 권리가 있다.
- ⑤ ‘을’은 ‘갑’의 사생활을 존중하고, 업무상 알게 된 개인정보는 철저히 비밀을 보장한다.

**제17조 【 기록 및 공개 】** 수급자의 생활과 장기요양서비스에 관한 모든 내용을 상세히 관찰하여 정확히 기록하고, 수급자나 가족이 요구할 경우 표준양식에 의거한 기록을 공개하여야 한다.

#### 제18조 【 배상책임 】

- ① 다음 각 호에 해당되는 경우에는 ‘을’은 ‘갑’에게 배상할 의무를 진다.
  - 1. 시설 종사자의 고의나 과실로 인하여 ‘갑’을 부상케 하거나 사망에 이르게 하였을 때
  - 2. 상한 음식을 제공하였거나 약을 잘못 투약하여 ‘갑’의 건강을 상하게 하거나 사망에 이르게 하였을 때
  - 3. 시설장비 또는 시설관리가 부실하여 ‘갑’을 부상케 하거나, 사망에 이르게 하였을 때
  - 4. 학대(노인복지법 제1조의2 제4호의 노인 학대 및 같은 법 제39조의9의 금지행위를 말한다)로 인하여 ‘갑’의 건강상태가 악화되거나, 사망에 이르게 되었을 때

1. 시설 내에서 자연 사망하였을 때
2. ‘을’ 이 선량한 주의의무를 다했음에도 ‘갑’ 이 임의로 외출하여 상해를 당했거나 사망하였을 때
3. ‘갑’ 이 천재지변으로 인하여 상해를 당했거나 사망하였을 때
4. ‘갑’ 이 본인의 고의 또는 중과실로 인하여 상해를 당했거나 사망하였을 때

① 다음 각 호에 해당되는 경우 ‘을’은 갑에게 치료비만을 청구할 수 있다.

1. ‘갑’이 시설 내 혼자서 이동하다가 상해를 당했을 경우
2. ‘갑’이 침상에서 혼자 내려오다 상해를 입었을 경우.

- ① 이 계약서에서 규정하지 않은 사항은 민법이나 사회상규에 따른다.
- ② 본 계약으로 발생하는 소송은 민사소송법상의 관할 소재지 법원에 제기한다.

202 5월 2주

‘영명’ 대리인(보호자) (서명 또는 인)



# ◆ 투약서약 및 응급처치 동의서 ◆

## 1. 투약서약

|        |  |      |  |
|--------|--|------|--|
| 입소자 성명 |  | 생년월일 |  |
| 질 병 명  |  | 진료병원 |  |
| 투약방법   |  | 투약내용 |  |

### . 투약에 관련한 보호자의 의무사항

1. 요양시설의 담당자에게 약품명, 투약내용, 방법, 유의사항 등을 자세히 설명해 주도록 합니다.
2. 요양시설의 투약담당자에게 과거 약 복용과 관련된 알레르기, 특이체질 및 주의사항과 관련된 입소자의 질병 관련 자료를 상세히 제공하도록 합니다.
3. 투약받은 병원, 진료과, 담당 의사 연락처 등을 시설 투약담당자에게 안내토록 합니다.
4. 시설 입소 후 입소자가 약 복용을 거부할 경우 보호자는 간호담당자에게 협조하여야 하며 그렇지 않아 발생하는 문제에 대해서는 그 책임을 보호자가 지는 것에 동의합니다.
5. 입소자에게 발생하는 의료비용에 대해 보호자가 전액 부담하는 것으로 합니다.

상기 본인은 보호자 의무사항에서 제공되지 않은 투약 정보, 건강 관련 자료로 발생한 투약 사고와 시설의 투약 잘못을 제외하고는 이의를 제기하지 않을 것과 입소 후 아래의 복용약과 관련된 투약을 부탁드리며 상기의 의무사항을 지킬 것을 서약 동의 합니다.

## 2. 응급처치 절차

- 1) 사고 발생 시 가장 먼저 보호자에게 연락합니다.

가) 보호자\_\_\_\_\_ (관계: )의 전화번호\_\_\_\_\_로 1순위로 연락됩니다.

나) 보호자\_\_\_\_\_ (관계: )의 전화번호\_\_\_\_\_로 2순위로 연락됩니다.

다) 보호자\_\_\_\_\_ (관계: )의 전화번호\_\_\_\_\_로 3순위로 연락됩니다.

- 2) 응급발생시 필요한 경우는 119또는 129구조대에 연락취하여 시설협력 의료기관 응급실 또는 보호자가 지정하신 \_\_\_\_\_ 의료기관 응급실로 수송조치 합니다.

※ 응급으로 129 이송 시 발생한 비용과 의료비는(진료비, 약값)보호자가 부담 합니다.

‘129’ 이용 시 기본비용(10km)75,000원, 10km 이상 거리의 경우 1km마다 1,300원씩 추가됩니다.

가족같은효성요양원에서 다음의 절차에 따라 응급처치를 하는 경우, 그 권한을 귀 시설에 위임할 것을 동의합니다.

202    년    월    일

이용자 \_\_\_\_\_ (서명 또는 인)

대리인(보호자) \_\_\_\_\_ (서명 또는 인)

◆ 신체 제재 동의서 ◆

## ■ 수급자(보호자) 기본사항

|          |                                                       |        |    |
|----------|-------------------------------------------------------|--------|----|
| 성 명(수급자) |                                                       | 생년월일   |    |
| 성 별      | <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여 | 장기요양등급 | 등급 |
| 보호자(관계)  | (        )                                            | 연 락 처  |    |

본인은 아래와 같이 “신체구속이 불가피한 경우”에 대하여 충분히 숙지하였으며, 최소한의 신체구속 조치로 입소자의 신체와 인격을 보호/존중 할 것을 믿으며, 일련의 상황들로 인해 이루어질 수 있는 신체구속 조치에 동의합니다.

- 아 래 -

- 낙상우려가 있는 대상자를 보호하기 위해 침대 난간 올리기를 제공하여 낙상을 예방하고자 함.

202 57 040 000

이용자 \_\_\_\_\_ (서명 또는 인)

대리인(보호자) \_\_\_\_\_ (서명 또는 인)

# ◆ 개인정보 수집 및 활용 동의서 ◆

## 1. 수집 및 이용목적

- 대상자 급여 관련에 필요한 정보의 활용
- 홈페이지 및 소식지, SNS 등에 어르신인 개인 사진 활용
- 제공기관 간의 서비스 연계와 관련사항에 관한 대상자 정보 제공
- 관련기관 정보제공 요청 시 제공
- 장기요양계획, 욕구조사, 장기요양서비스 질 수준 향상 등에 활용

## 2. 수집항목

- 장기요양급여 관련 정보
- 이용자의 지역연계 관련 정보
- 관련기관 정보제공 요청 시 필요한 정보
- 기타 목적사업 수행에 필요한 정보

## 3. 개인정보의 보유 및 이용기간

- 수급자의 급여제공에 관한 자료 등 개인정보 자료는 노인장기요양보험법 시행규칙 제27조에 따라 급여가 종료된 날로부터 5년간 보유(보존)하고, 수집한 개인정보 항목의 이용기간은 급여계약 종료일까지로 함

■ 어르신인 개인 사진들을 홈페이지 또는 소식지, SNS 등에 사용 동의  
(예 ☐ / 아니오 ☐)

상기 본인은 개인정보를 제공하고 활용하는 것에 동의합니다.

4. 입소자 \_\_\_\_\_와 보호자 \_\_\_\_\_는 본 동의서를 충분히 이해하고 동의합니다.

202    년    월    일

이용자 \_\_\_\_\_(서명 또는 인)

대리인(보호자) \_\_\_\_\_(서명 또는 인)

## 장기요양기관 네트워크 카메라 설치(운영) 동의서

- 네트워크 카메라 설치(운영)에 대해 충분히 설명을 듣고 서명합니다.
- 귀하의 서명은 귀하가 장기요양기관의 네트워크 카메라 설치(운영)에 관한 내용을 이해했음을 의미합니다.

### [ 네트워크 카메라 설치(운영) 장소 ]

☒ 침실    ☒ 공동거실(복도포함)    ☒ 현관    ☒ 물리(작업)치료실  
☒ 프로그램실    ☒ 식당    ☒ 엘리베이터    ☐ 기타( )

- 장기요양기관의 네트워크 카메라 설치(운영)에 대한 귀하의 동의 여부를 해당 항목에 √ 로 표시하시고, 확인란에 수급자와 보호자 모두 서명을 부탁드립니다.

### [ 수급자, 보호자 대상 ]

| 수급자명 | 생년월일 | 동의/반대 표시                                                           | 날짜 | 보호자 성명<br>(관계) | 서명  |     |
|------|------|--------------------------------------------------------------------|----|----------------|-----|-----|
|      |      |                                                                    |    |                | 수급자 | 보호자 |
|      |      | <input type="checkbox"/> 동의합니다.<br><input type="checkbox"/> 반대합니다. |    |                |     |     |

### [ 종사자 대상 ]

| 성명 | 생년월일 | 동의/반대 표시                                                           | 날짜 | 서명 |
|----|------|--------------------------------------------------------------------|----|----|
|    |      | <input type="checkbox"/> 동의합니다.<br><input type="checkbox"/> 반대합니다. |    |    |

- 장기요양기관 명(기관기호): 가족같은효성요양원
- 동의 기간: 20 . . . ~ 20 . . . 까지
- 보호자(종사자) 연락처:

가족같은효성요양원 대표자 귀하

