

**Care Plan Information /
Renseignements sur le plan de soins**

Your Guide to the Manitoba Home Care Program /
Votre guide du programme Manitobain de soins à domicile



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 (continued)

CONTACT NAME(S) AND NUMBER(S) / PERSONNE(S) - RESSOURCE(S)

Name / Nom : _____ Phone / Tél. : _____

Name / Nom : _____ 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 persons is / *En cas d'urgence ou d'interruption du service, la personne-ressource est :*

Name / Nom : _____

Address / Adresse : _____

Relationship / Lien de parenté : _____

Home phone / Tél. (domicile) : _____ Work phone / 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
Signature du client ou du représentant autorisé

Case Coordinator signature
Signature du coordonnateur de dossiers

Date / Date _____

Date / 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.*