

**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.*