



Anlänt _____

ANSÖKAN GÄLLER:

- Aktiverande korttidsvård:
I dagverksamhet () På demensenhet ()
- Intervallvård/Rehabilitering
- Bedömning av servicebehovet

- Hemvård
- Serviceboende
- Stöd för närståendevård
- Stödtjänster
- Servicesedel för serviceboende

SÖKANDENS UPPGIFTER

Namn	Personbeteckning
Hemadress	Hemkommun
Civilstånd () ogift () gift () änka/änkling () skild	Hemtelefon

ANHÖRIGAS/KONTAKTPERSONENS UPPGIFTER

Namn	Adress och telefon
------	--------------------

KONTAKT TILL ANHÖRIGA

() dagligen () varje vecka () varje månad () ingen kontakt () besök () telefonsamtal

INTRESSEBEVAKARENS

Namn	Adress och telefon
------	--------------------

KORT BESKRIVNING AV SÖKANDENS NUVARANDE SITUATION (bl.a. boende och hälsotillstånd)

VILKEN HJÄLP/VILKA HJÄLPMEDEL BEHÖVER NI FÖR TILLFÄLLET I FÖLJANDE FUNKTIONER/ÄRENDEN ?

Att röra sig	_____
Av- och påklädning	_____
Tvättning	_____
WC-besök	_____
Måltiderna	_____
Mediciner	_____
Hemvård	_____
Butiks- och bankärenden	_____

BEVILJAD SERVICE SOM FÖR TILLFÄLLET GES I HEMMET

hemservice hur ofta	hemsjukvård hur ofta	nattpatrull hur ofta	stødtjenster hur ofta

Minne normalt försämrat minneslös MMSE _____ Datum _____
 Syn normal försvagad blind
 Hörsel normal dålig döv
 Tal normalt otydligt afasi

Hjälppbehov under natten _____

Hur länge klarar ni er utan hjälp av en annan person? _____

Vårdbidrag från FPA inget lägsta förhöjda special

Stöd för närståendevård _____

Servicekoordinatören bedömer vilken vårdnivå som är den rätta utgående från hur krävande vårdbehov är.
(RAI-bedömning)

Klientens egna önskemål beaktas så långt det är möjligt.

Jag samtycker till att servicekoordinatören vid behov begär kompletterande uppgifter om mitt vårdbehov från
hälsovårdscentralen, sjukhus eller annan källa.

Om boendeplats konstateras vara nödvändig tar jag emot den genast då den finns tillgänglig.

Jag försäkrar att de uppgifter jag gett är riktiga.

Plats och tid _____

Sökandens underskrift _____

Uppgifterna ges inte till utomstående.

Om ansökan ifylls av någon annan än den sökande bör orsak anges.

Annan än sökanden, orsak: _____

läkarutlåtande bifogas

Ansökan returneras till:

Vård- och omsorgscentralen i Kristinestad
 Avd.sköt Britt-Mari Kaarre
 Lappfjärdsvägen 10
 64100 Kristinestad



PB 13, 64101 KRISTINESTAD
 PL 13, 64101 KRISTINANKAUPUNKI
 Tel. / Puh +358 (0)6 221 6200
 kristinestad@krs.fi / kristinankaupunki@krs.fi
WWW kristinestad.fi
 kristinankaupunki.fi