



Saapunut _____

HAKEMUS KOSKEE:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aktivoivaa lyhytaikaishoitoa:
Päivätoiminnassa () Dementiayksikössä () | <input type="checkbox"/> Kotihoitoa |
| <input type="checkbox"/> Intervallihoitoa/Kuntoutusta | <input type="checkbox"/> Asumispalvelua
() Palveluseteli asumispalveluun |
| <input type="checkbox"/> Palvelutarpeen arviointia | <input type="checkbox"/> Omaishoidon tukea |
| | <input type="checkbox"/> Tukipalveluja |

HAKIJAN TIEDOT

Nimi	Henkilötunnus
Kotiosoite	Kotikunta
Siviilisääty () naimaton () avioliitossa () leski () eronnut	Puhelin kotiin

OMAISEN/YHTEYSHENKILÖN TIEDOT

Nimi	Osoite ja puhelin
------	-------------------

YHTEYDENPITO OMAISIIN

() päivittäin () viikottain () kuukausittain () ei yhteyttä () vierailu () puhelimitse

EDUNVALVOJAN

Nimi	Osoite ja puhelin
------	-------------------

LYHYT KUVAUS HAKIJAN NYKYTILANTEESTA (mm. asuminen ja terveydentila)

MINKÄLAISTA APUA/APUVÄLINEITÄ TARVITSETTE TÄLLÄ HETKELLÄ SEURAAVISSA TOIMINNOISSA/ASIOISSA ?

Liikkuminen	_____
Pukeutuminen	_____
Peseytyminen	_____
WC-käynti	_____
Ruokailu	_____
Lääkkeet	_____
Kodinhoito	_____
Kauppa- ja pankkiasiat	_____

KOTIIN MYÖNNETYT PALVELUT TÄLLÄ HETKELLÄ

kotipalvelu kuinka usein	kotisair.hoito kuinka usein	yöpartio kuinka usein	tukipalvelut kuinka usein

Muisti normaali huonontunut muistamaton MMSE _____ Pvm _____
 Näkö normaali heikentynyt sokea
 Kuulo normaali huono kuuro
 Puhe normaali epäselvä afasia

Avuntarve öisin _____

Kuinka kauan pärjätte ilman toisen apua _____

Kelan hoitotuki ei ole pienin korotettu erityistuki

Omaishoidontuki _____

Palvelukoordinaattori arvioi oikeaa hoitotasoa hoitoisuuden perusteella (RAI-arviointi).

Asiakkaan omat toivomukset otetaan huomioon mahdollisimman pitkälle.

Suostun siihen, että palvelukoordinaattori tarvittaessa pyytää täydentäviä tietoja hoidontarpeestani terveyskeskukselta, sairaalalta tai muulta taholta.

Jos asumispaikka todetaan tarpeelliseksi, otan sen vastaan heti kun se on käytettävissä.

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi.

Paikka ja aika

Hakijan allekirjoitus

Tietoja ei luovuteta ulkopuoliselle.

Jos hakemuksen täyttää muu kuin hakija, syy on ilmoitettava.

Muu kuin hakija, syy: _____

lääkärintausunto oheisena

Hakemus palautetaan osoitteella:

Kristiinankaupungin Perusturvakeskus

Os.hoitaja Britt-Marie Kaarre

Lapväärtintie 10

64100 Kristiinankaupunki

