

HAKEMUS ASUMISPALVELUIHIN

Ikäihmiset

Mielenterveyskuntoutujat

Päihdekuntoutujat

Saapumispäivä: ____/____ 20____

Käsittelypäivä: ____/____ 20____

Hakijan tiedot	Sukunimi	Etunimet
	Henkilötunnus	Kotikunta
	Kotiosoite	Puhelinnumero
Siviilisäätty	<input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> naimisissa <input type="checkbox"/> avoliitossa <input type="checkbox"/> leski <input type="checkbox"/> eronnut <input type="checkbox"/> asuu erillään	Puolison nimi ja henkilötunnus: _____ <input type="checkbox"/> puoliso muuttaa mukana (Huom! oma hakemus molemmista)
Muuta huomioitavaa	<input type="checkbox"/> sotainvalidi <input type="checkbox"/> veteraani	
Lähiomaiset	Ensisijainen lähiomainen	Rooli ja yhteystiedot
	Omaishoitaja, jos ei sama Omaishoito alkanut vuonna _____	Edunvalvoja ja yhteystiedot Edunvalvonnan tarve
Toimeentulo	Etuudet <input type="checkbox"/> sairausloma <input type="checkbox"/> hoitotuki <input type="checkbox"/> omaishoidontuki <input type="checkbox"/> asumis- ja/tai toimeentulotuki <input type="checkbox"/> muut	Eläke <input type="checkbox"/> työeläke/kuntoutustuki <input type="checkbox"/> takuueläke <input type="checkbox"/> työkyvyttömyyseläke <input type="checkbox"/> muu
Suostumus	Suostumus yhteisten tietojärjestelmien käyttöön selvittelyn ja päätöksenteon tueksi SAP -työryhmässä / terveys- ja hyvinvointipalveluiden työryhmissä Paikka _____ / _____ 20____ _____ allekirjoitus ja nimen selvennys	

Asuminen	<input type="checkbox"/> kotona <input type="checkbox"/> muualla, missä _____
	Nykyiseen asuntoon tehdyt muutostyöt asumisen ja selviytymisen tueksi esim. <input type="checkbox"/> kaiteet <input type="checkbox"/> kahvat, <input type="checkbox"/> kynnykset <input type="checkbox"/> porrasaskelmat <input type="checkbox"/> wc- ja pesutilojen kunnostaminen muuta _____ _____ _____
	Kotona asumisen vaikeudet, perustelut miksi en voi jatkaa nykyisessä asunnossa _____ _____
	Onko käytössäsi apuvälineitä? (näkö, kuulo, liikkuminen, turvallisuus) <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, mitä _____ _____
Tiedot sairaudesta	Sairaudet ja vammat _____ _____
	Sairaudet, jotka vaikeuttavat arkipäivääsi _____ _____
	Nykylläkäyttö _____ <input type="checkbox"/> voimassa oleva lääkelista liitteenä

<p>Toimintakyky</p>	<p>Oma kuvauksenne avun, hoidon, ohjauksen ja valvonnan tarpeesta</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Omaisilta saamanne apu (neuvot, ohjeet, asiointiapu, henkilökohtainen hoito ja hoiva)</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Kotona asumista tukevat palvelut</p>	<p><input type="checkbox"/> Kotihoito Käynnit: _____ kpl/vrk _____ kpl/vko _____ kpl/kk Aika tunteina: _____ h/vrk _____ h/vko _____ h/kk</p> <p><input type="checkbox"/> Yksityinen kotihoito Käynnit: _____ kpl/vrk _____ kpl/vko _____ kpl/kk Aika tunteina: _____ h/vrk _____ h/vko _____ h/kk</p> <p><input type="checkbox"/> Omainen Käynnit: _____ kpl/vrk _____ kpl/vko _____ kpl/kk Aika tunteina: _____ h/vrk _____ h/vko _____ h/kk</p> <p><input type="checkbox"/> Ateriapalvelu _____ kertaa viikossa</p> <p><input type="checkbox"/> Siivous _____ kertaa kuukaudessa</p> <p><input type="checkbox"/> Muu mikä _____ kuinka usein _____</p> <hr/> <p>Apteekkipalvelu</p> <p><input type="checkbox"/> koneellinen annosjakelu <input type="checkbox"/> lääkkeenjako</p> <p>Turvapuhelin</p> <p><input type="checkbox"/> ovivahti <input type="checkbox"/> kaatumishälytin</p> <p><input type="checkbox"/> paikannin <input type="checkbox"/> valvontakamera</p> <p><input type="checkbox"/> jokin muu</p>

<p>Kotona asumista tukevat palvelut</p>	<p><input type="checkbox"/> Päiväkeskus / Toimintakeskus</p> <p>Mikä _____</p> <p>Kuinka usein _____</p> <p><input type="checkbox"/> Vuorohoito / Intervallit</p> <p>Missä _____</p> <p>Kuinka usein _____ kesto _____</p> <p>Muut</p> <p><input type="checkbox"/> kuljetuspalvelu</p> <p><input type="checkbox"/> palvelusetelit</p> <p><input type="checkbox"/> henkilökohtainen avustaja</p>	
<p>Terveyspalveluiden käyttö</p>	<p>Sairauden tai vamman vuoksi lääkärin määräämät hoidot:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Osasto/erikoissairaanhoidon hoitajaksot:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Missä terveydenhuollon toimipaikoissa sinua yleensä hoidetaan (sairaala, terveyskeskus, poliklinikka, muisti, reuma, astma, sydän, diabetes)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Haettava palvelu</p>	<p><input type="checkbox"/> Palveluasuminen</p> <p><input type="checkbox"/> Tukiasunto</p>	<p><input type="checkbox"/> Päiväkäynnit asumispalveluissa</p> <p><input type="checkbox"/> Muu palvelu tai tukitoimi</p>
<p>Selvitys haettavasta palvelusta /hoitopaikasta /asunnosta ja ajankohdasta (esim. mihin palvelutaloon)</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p>		

<p>Perustelu hakemukselle</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Muuta huomioitavaa</p>	<hr/> <hr/> <hr/>
<p>Hakemuksen täyttäminen</p>	<p>Hakemuksen täyttämässä minua avustivat</p> <hr/> <p>virka-asema /sukulaissuhde tai muu, puhelinnumero</p> <hr/> <p>virka-asema /sukulaissuhde tai muu, puhelinnumero</p>
<p>Allekirjoitus</p>	<p>Vakuutan edellä olevat tiedot oikeiksi ja suostun niiden tarkistamiseen</p> <p>Paikka _____ / _____ 20____</p> <hr/> <p>allekirjoitus ja nimen selvennys</p>
<p>Liitteet</p>	<p>Viranomaiselta pyydettävät liitteet hakemuksen liitteeksi (kaikkia näitä ei tarvita, vaan dokumentit, joista saa riittävän selvityksen asiakkaan tilanteesta)</p> <p><input type="checkbox"/> Lääkärintodistus / lausunto / epikriisi</p> <p><input type="checkbox"/> RAI toimintakyvyn arvio mittaritiedot tuloste</p> <p><input type="checkbox"/> Hoitotiedote/ muu asiantuntijalausunto (oman hoitajan, kuntoutusohjaajan, toimintaohjaajan, toimintaterapeutin, fysioterapeutin tai jonkun muun seloste tai lausunto)</p>

Hakemus toimitetaan: Peruspalvelukuntayhtymä Kallio
Arviointiyksikkö/ seniorineuvonta
Pajatie 1
85500 NIVALA