

Hakemus saapunut ___/___ 20 __

HAKIJA (Henkilö, jonka hoitoon tukea haetaan)	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite	Puhelin
PERHESUHTEET	Puoliso / lähiomainen	Henkilötunnus
	Osoite	Puhelin
HOITAJA	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite	Puhelin
	Työpaikka/ammatti (muu kuin kyseinen hoitotyö)	Puhelin työhön
	Ansiotyön laatu <input type="checkbox"/> kokopäivätyö <input type="checkbox"/> vuorotyö <input type="checkbox"/> osapäivätyö <input type="checkbox"/> työtön <input type="checkbox"/> eläkeläinen	
	Sukulaisuussuhde hoidettavaan <input type="checkbox"/> ei sukulainen <input type="checkbox"/> sukulainen, mikä _____	
	Oma arvio hoitajan terveydentilasta: Tarvittaessa voidaan pyytää lääkärintodistus hoitajan terveydentilasta.	
HAKIJAN ASUNTOOLOT	Asunto on <input type="checkbox"/> Omakotitalo <input type="checkbox"/> Paritalo <input type="checkbox"/> Rivitalo <input type="checkbox"/> Kerrostalo, ___ kerros, Onko hissi <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei Asunnon kunto <input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> tyydyttävä <input type="checkbox"/> heikko Asunnossa on <input type="checkbox"/> vesijohto ja viemäri <input type="checkbox"/> Sisä-wc <input type="checkbox"/> Sauna / suihku <input type="checkbox"/> lämmin vesi <input type="checkbox"/> Suihkutilaan mahdollisuus päästä auttajan kanssa <input type="checkbox"/> Sisärappuja	

	<input type="checkbox"/> Levennetyt ovet <input type="checkbox"/> Ulkorappuja <input type="checkbox"/> Luiska
AIKAISEMPI HOITO	<p>Kuka on hoitanut tähän saakka?</p> <input type="checkbox"/> Palkattu hoitaja <input type="checkbox"/> Omainen, kuka _____ <input type="checkbox"/> Naapuri <input type="checkbox"/> Muu tuki <input type="checkbox"/> Kotipalvelu <input type="checkbox"/> Laitoshoido <p>Hoidon - / tuentarpeen alkamisajankohta:</p>
PALVELUJEN KÄYTTÖ	<p>Hakija käyttää</p> <input type="checkbox"/> Kotisairaanhoidopalveluja <input type="checkbox"/> Kotipalveluja <input type="checkbox"/> Yksityisiä hoivapalveluja <input type="checkbox"/> Siivouspalveluja <input type="checkbox"/> Ateriapalveluja <input type="checkbox"/> Turvapalveluja <p>Tilapäishoitopalveluja palvelukeskuksessa / terveyskeskuksessa ?</p> <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <p>Kuinka usein ? _____</p>
AVUN JA HOIDON TARVE SEKÄ SAIRAUDET	<p>Hakija tarvitsee apua päivittäin seuraavissa toimissa:</p> <input type="checkbox"/> Kaupassa käyminen <input type="checkbox"/> Peseytyminen <input type="checkbox"/> Ruuanlaitossa <input type="checkbox"/> Pukeutuminen <input type="checkbox"/> Siivouksessa <input type="checkbox"/> Syömisessä <input type="checkbox"/> Wc- käynneissä <input type="checkbox"/> Hakija täysin avustettava <input type="checkbox"/> Lääkkeiden otossa <input type="checkbox"/> Liikkumisessa tai muu tarve <p>Minkä verran omaiset / läheiset osallistuvat jokapäiväisiin askareihin?</p> <p>Onko hakijalle myönnetty Kelan eläkkeensaajien hoitotukea? Tukitaso (perus-, korotettu- vai erityishoitotuki) <input type="checkbox"/></p> <p>Avun tarve yöllä ?</p> <input type="checkbox"/> Kyllä, millaista ja monta kertaa ? _____ <input type="checkbox"/> Ei <p>Kuinka kauan hoidettava selviytyy yksin kotona? _____ tuntia päivässä</p>



KAAVIN SOSIAALIPALVELUT
PL 13
73601 KAAVI

OMAISHOIDONTUKIHAKEMUS

	Kykeneekö hoidettava käyttämään puhelinta <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä
	Lisätietoja
SUOSTUMUS	Hakemustani käsittelevä viranhaltija voi pyytää muilta viranomaisilta/ muista tietojärjestelmistä hakemuksen käsittelyssä tarvittavia välttämättömiä lisätietoja <input type="checkbox"/> Suostun <input type="checkbox"/> En suostu
PÄIVÄYS JA ALLEKIRJOITUS	Kaavilla _____ / _____ 20 _____ Allekirjoitus _____ Allekirjoitus _____
LIITTEET	<input type="checkbox"/> Lääkärintlausunto hoidon tarpeesta
PALAUTUS-OSOITE	Kaavin Kunta / Vanhustyön palveluohjaaja Kirsi Soinen PL 13 73601 KAAVI