



Haen

Kotipalvelu

Kotisairaanhoito

Saapumispäivä _____

Henkilötiedot	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite	Puhelin
	Lähin omainen, huoltaja, osoite ja puhelin	
	Muu omainen, edunvalvoja, puhelin	
	<input type="checkbox"/> Hakija on sotainvalidi <input type="checkbox"/> Veteraani <input type="checkbox"/> Vaikeavammainen inv. _____ %	
	Saa <input type="checkbox"/> Kelan alin hoitotuki <input type="checkbox"/> korotettu hoitotuki <input type="checkbox"/> ylin hoitotuki <input type="checkbox"/> tuki on vireillä _____ alkaen	
Asuminen	Saa <input type="checkbox"/> Kelan vammaistuki <input type="checkbox"/> korotettu vammaistuki <input type="checkbox"/> ylin vammaistuki <input type="checkbox"/> tuki on vireillä _____ alkaen	
	<input type="checkbox"/> Yksin <input type="checkbox"/> Puolison kanssa <input type="checkbox"/> Perheen kanssa Perheen koko _____ henkilöä	
	<input type="checkbox"/> Omakotitalo <input type="checkbox"/> Rivitalo <input type="checkbox"/> Kerrostalo <input type="checkbox"/> Vuokra- tai <input type="checkbox"/> omistusasunto	
	<input type="checkbox"/> WC sisätiloissa <input type="checkbox"/> Suihku- ja kylpyhuone sisätiloissa	
	<input type="checkbox"/> Huoneistokohtainen sauna	
	Lisätietoja asumisesta (esim. puutteelliset asumisolosuhteet, puulämmitys, portaikot tai muut esteet)	

Nykyiset palvelut	<input type="checkbox"/> Omaisen tai läheisen antama tuki Kuinka usein / vrk / vko / kk _____ <input type="checkbox"/> Vuorohoito <input type="checkbox"/> Ateriapalvelu: kuinka usein: _____ <input type="checkbox"/> Päivätoiminta <input type="checkbox"/> Turvapuhelin <input type="checkbox"/> Muu, mikä _____
Toimintakykyä heikentävät sairaudet / vammat	
Toimintakykyä heikentävät oireet	
Käytössä olevat apuvälineet	

Päivittäinen hoidon tarve	Kuvailkaa mahdollisimman tarkasti henkilökohtaisen hoivan ja huolenpidon tarve (esim. pukeminen, peseminen, liikkuminen, ruokailussa avustaminen, wc-apu, hygienian hoito, lääkkeiden otto jne.)
	PÄIVÄAIKAAN:
	ILTA-AIKAAN:
	YÖAIKAAN:
	OMAISEN ANTAMA TUKI:

Suostun tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta ja siihen, että tällä lomakkeella olevia ja siihen liittyviä tarpeellisia tietojani saadaan käyttää hakemuksen käsittelyssä.

Päiväys ja palveluntarvitsijan allekirjoitus

Palautus osoitteeseen:

Kalajoki-Merijärvi
Neuvontapiste Verkko
Kalajoentie 5
85100 Kalajoki

Himanka
Neuvontapiste Verkko
Raumankarintie 2
68100 Himanka