

OMAISSHOIDONTUEN HAKEMUS

Hakemus saapunut ___/___ 20___

HOIDETTAVAA KOSKEVAT HENKILÖTIEDOT	
Etu- ja sukunimi	Henkilötunnus
Osoite	Puh.
Sairaus, vamma, diagnoosi	

HOITAJAA KOSKEVAT HENKILÖTIEDOT	
Etu- ja sukunimi	Henkilötunnus
Osoite	Puh.
Suhde hoidettavaan	<input type="checkbox"/> puoliso <input type="checkbox"/> vanhempi <input type="checkbox"/> lapsi <input type="checkbox"/> muu, mikä? _____
Ammatti	<input type="checkbox"/> Kokoaikainen työ <input type="checkbox"/> Osa-aikainen työ
Asuvatko hoitaja ja hoidettava samassa taloudessa <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	Onko hoidettavalla muita hoidettavia <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Pankkiyhteystiedot/tilinumero	

Käytössä olevat avo- ja tukipalvelut				
<input type="checkbox"/> Koulu	<input type="checkbox"/> Päiväkoti	<input type="checkbox"/> Työtoiminta	<input type="checkbox"/> Päivätoiminta	<input type="checkbox"/> Tilapäinen hoito
<input type="checkbox"/> Kotihoito	<input type="checkbox"/> Ateriapalvelu	<input type="checkbox"/> Turvapalvelu (turvapuhelin, ovihälytin)	<input type="checkbox"/> Kuljetuspalvelu	<input type="checkbox"/> Henkilökohtainen apu
Kelan etuudet				
<input type="checkbox"/> Perushoitotuki <input type="checkbox"/> Korotettu hoitotuki <input type="checkbox"/> Ylin hoitotuki				
Käytössä olevat apuvälineet				

Yksin selviytyminen	
Päivällä	<input type="checkbox"/> koko päivän <input type="checkbox"/> 2-5 tuntia <input type="checkbox"/> alle 2 tuntia <input type="checkbox"/> ei voi jättää yksin <input type="checkbox"/> selviytyy kotona ikätason mukaan
Yöllä	<input type="checkbox"/> koko yön <input type="checkbox"/> tarvitsee yöllä apua säännöllisesti <input type="checkbox"/> tarvitsee yöllä apua epäsäännöllisesti

Lyhyt kuvaus seikoista, jotka vaikeuttavat päivittäisistä toiminnoista selviytymisestä (tarvittaessa lisää erilliselle liitteelle)

Omaishoitajan antama apu hoidettavalle (tarvittaessa lisää erilliselle liitteelle)

Allekirjoitukset ja liitteet

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi. Hakemus voidaan käsitellä asiakastiimissä.

Hyväksyn tässä hakemuksessa mainitun henkilön hoitajakseni.

_____ / _____ 20____

Paikka ja päiväys

_____ Hoidettavan allekirjoitus

_____ Hoitajan allekirjoitus

Liitteet

Selvitys omaishoidettavan terveydentilasta, esim. epikriisi/lääkärinlausunto (alle 18-vuotiaat)

Lupa tietojen saantiin

Allekirjoittaneet antavat allekirjoituksellaan luvan omaishoidontuen järjestämisestä koskevien sosiaali- ja terveystietojen tarkistamiseen. Tiedot tallennetaan ko. toimipisteen asiakas-/potilasrekisteriin.

Yhteystiedot ja hakemuksen palautusosoitteet

Lasten ja aikuisten osalta

Sosiaalitoimisto
Vammaispalvelun sosiaaliohjaaja
Alvar Aallontie 2
62900 ALAJÄRVI

Yli 65-vuotiaiden osalta

Asiakasohjausyksikkö
Asiakasohjaaja
Lääkärintie 1
62900 ALAJÄRVI

Hakemukseen saapumisen jälkeen sovitaan kotikäynti, jolloin arvioidaan omaishoitotilannetta kokonaisuudessaan ja hoidettavan sekä hoitajan toimintakykyä.

Hoitajan osoitetiedot saa antaa Omaishoitajat ry:lle alueellisten tapahtumien tiedotusta varten.