

OMAISHOIDON TUKIHAKEMUS

- kuukausipalkkio
 muutoshakemus

vapaat ilman palkkiota

Hoidettavan henkilötiedot

Saapunut _____

Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
Osoite	
Postinumero ja -toimipaikka	Puhelin
Perhesuhteet	

Edunvalvonta ei vireillä voimassa

Edunvalvojan etu- ja sukunimi	Puhelin	
Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka

Hoitajan henkilötiedot

Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
Osoite	Puhelin
Postinumero ja -toimipaikka	
Hoitaja on sukulainen <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, mikä?	

Selvitys hoidon tarpeesta

Vamma, sairaus			
Liikkuminen <input type="checkbox"/> itsenäistä <input type="checkbox"/> tarvitsee apua <input type="checkbox"/> autettava			
Käytössä olevat apuvälineet:			
Syöminen:	itsenäistä	tarvitsee apua	täysin autettava
Peseytyminen:	itsenäistä	tarvitsee apua	täysin autettava
Pukeutuminen:	itsenäistä	tarvitsee apua	täysin autettava

Näkö, kuulo, muisti
Muuta
Kuinka paljon ja kuinka usein on autettava päivittäisissä toiminnoissa?
Voiko hoidettava olla määrääjän ilman toisen henkilön apua?
Onko hoidettavalla päivisin joku muu hoitopaikka (päivähoitopaikka, koulu tms.), mikä?
Onko omainen jäänyt pois ansiotyöstä hoidettavan vamman tai sairauden takia?
Hoitava lääkäri/omalääkäri
Saako hoidettava KELA:lta hoito- tai vammaistukea? <input type="checkbox"/> kyllä, euroa/kk <input type="checkbox"/> ei vireillä <input type="checkbox"/>

Muut palvelut

Saako hoidettava seuraavia palveluja:					
Lyhytaikaishoito	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei			
Kotihoito	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei			
Muuta	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> kyllä, mitä?			
Muut sosiaali- ja terveystalvelujen asiakkuudet:					
Muistipoliklinikka	kyllä	ei	Toimeentulotuki	kyllä	ei
Vammaispalvelu	kyllä	ei	Lastensuojelu	kyllä	ei
Kehitysvammahuolto	kyllä	ei			
Aikuissosiaalityö	kyllä	ei			

Lisätietoja

Onnistunut omaishoito edellyttää hoito- ja palvelusuunnitelman tekemistä ja tietojen vaihtoa asiakkaan hoitoon osallistuvien työntekijöiden ja palvelua tuottavien muiden tahojen kanssa. Hoitooni osallistuvat työntekijät ja palvelua tuottavat muut tahot vaihtavat keskenään minua koskevia tietoja, jotka ovat tarpeen omaishoidon arvioinnissa ja toteutuessa, salassapitovelvollisuuden estämättä sitä. Allekirjoituksella hyväksyn rekisterien käytön:

Terveystieteiden rekisterit:

PTKY Karviainen: Julkinen terveydenhuolto

Sosiaalihuollon rekisterit:

PTKY Karviainen: Kotihoito

PTKY Karviainen: Asumispalvelu

PTKY Karviainen: Omaishoito

PTKY Karviainen: Sosiaalihuolto

PTKY Karviainen: Vammaispalvelu

PTKY Karviainen: Päihdehuolto

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi ja annan luvan omaishoidon tuen hakemuksen käsittelyä varten tarvittavien lisätietojen hankkimiseen.

Liitteeksi tarvitaan viimeisimmät lääkärintlausunnot/epikriisit

paikka ja päiväys

hoidettavan allekirjoitus

paikka ja päiväys

hoitajan allekirjoitus

Hakemuksen palautus:

Perusturvakuntayhtymä Karviainen, Yksilöasiat, PL 114 (Asemantie 30), 03100 Nummela

Lisätietoja:

Arviointiyksikkö puh. 09- 4258 2933 tai ikaihmistien.neuvonta@karviainen.fi