



HAKEMUS ASUMISPALVELUIHIN

Saapumis pvm

Rautavaaran kunta
Perusturva iäkkäiden palvelut

Käsittely pvm

1 HAKIJANTIEDOT

Sukunimi	Etunimet
Henkilötunnus	Kotikunta (väestörekisterin mukaan)
Jakeluosoite	Puhelinnumero
Postinumero	Postitoimipaikka
Paikka, jossa jonottaa, ellei kotona	
Siviilisääty <input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> Avoliitossa <input type="checkbox"/> Naimisissa <input type="checkbox"/> Eronnut <input type="checkbox"/> Leski <input type="checkbox"/> Asuu erillään	

2 PUOLISON TIEDOT

Puolison nimi	Puolison henkilötunnus
<input type="checkbox"/> Puoliso muuttaa mukana (Huom! Molemmista oma hakemus)	

3 LÄHIOMAINEN

Omainen/yhteyshenkilö tai edunvalvoja ja yhteystiedot (osoite ja puhelinnumero)

4 NYKYINEN ASUNTO

Nykyinen asumismuoto <input type="checkbox"/> Omistusasunto <input type="checkbox"/> Vuokra-asunto <input type="checkbox"/> Omakotitalo <input type="checkbox"/> Rivitalo <input type="checkbox"/> Kerrostalo <input type="checkbox"/> Hissi
Palvelutalo, mikä _____ Muu, mikä _____
Asuu yksin <input type="checkbox"/> Asuu yhdessä, kenen kanssa <input type="checkbox"/>
Vuokra / yhtiövastike _____ €/kk Huoneiston pinta-ala _____ m ² Huoneistotyyppi _____
Nykyisen asunnon varustetason puutteet: _____ _____ _____

5 KOTONA ASUMISTA TUKEVAT PALVELUT TÄLLÄ HETKELLÄ

<input type="checkbox"/> Kunnallinen kotihoito Käyntejä _____vuorokaudessa _____viikossa _____kuukaudessa
<input type="checkbox"/> Yksityinen kotihoito Käyntejä _____vuorokaudessa _____viikossa _____kuukaudessa Aika _____ h /vuorokaudessa/viikossa/kuukaudessa Palvelun tuottaja _____
<input type="checkbox"/> Omainen Käyntejä _____vuorokaudessa _____ viikossa _____kuukaudessa
<input type="checkbox"/> Yöpartio Käyntejä _____kpl/yö
<input type="checkbox"/> Ateriapalvelu määrä _____/viikko <input type="checkbox"/> Kauppapalvelu <input type="checkbox"/> Apteekkipalvelu
<input type="checkbox"/> Päiväkeskuskäyntejä _____/viikko Päiväkeskuksen nimi _____
<input type="checkbox"/> Turvapuhelin <input type="checkbox"/> Ovivahti
<input type="checkbox"/> Omaishoidontuki Kyllä Ei <input type="checkbox"/> Omaishoitajan nimi _____
<input type="checkbox"/> Vuorohoito, kuinka järjestetty _____
Vammaispalvelulain / sosiaalihuoltolain mukaiset palvelut
<input type="checkbox"/> Kuljetuspalvelut Henkilökohtainen apu ja määrä _____
<input type="checkbox"/> Eläkkeensaajan hoitotuki (Kela) _____ €/kk <input type="checkbox"/> Asumistuki
Muita kotona asumista tukevia palveluita _____

6 HENKILÖKUNNANJATAIOMAISTENHUOMIOITA

Erityistä huomioitavaa (liikkuminen, vaippojen käyttö, vuorokausirytm, osaako käyttää turvapuhelinta, mieliala, käytöshäiriö):

Sairaalajaksoja viimeisen vuoden aikana ei 1-4 5 tai enemmän

7 HAETTAVA HOITOPAIKKA

- Tehostettu palveluasuminen
- Laitoasuminen

PERUSTELUT: Pääasialliset syyt, miksi ei voi jatkaa nykyisessä asumismuodossa?

8 TULOT

Kuukausitulot / brutto _____

9 HOITOISUUSMITTARIT Hoitohenkilökunta täyttää

Kotihoidon tiimi _____

Puh. : _____

Omahoitaja _____

RaVa-indeksi _____ Tehty päivämäärä: _____

MMSE-pisteet: _____ Tehty päivämäärä _____

ADCS-ADL _____

Hoitohenkilökunnan arvio asiakkaan kotona selviämisestä ja kiireellisyydestä

ei kiireellinen, pärjää vielä nykyisessä asunnossa

kiireellinen hoitopaikan tarve

10 TERVEYDENTILA

Sairaudet _____

Allergiat _____

11 PÄIVITTÄISET TOIMINNOT

		kuka tekee
syöminen	_____	_____
wc-toiminnot	_____	_____
peseytyminen	_____	_____
vuoteeseen meno ja poistulo	_____	_____
pukeutuminen	_____	_____
sisällä liikkuminen	_____	_____
ulkona liikkuminen	_____	_____
portaissa liikkuminen	_____	_____
varpaankynsien leikaaminen	_____	_____
lääkkeiden annostelu	_____	_____
puhelimien käyttö	_____	_____
ruoan valmistus	_____	_____
kevyt taloustyö	_____	_____
raha-asioiden hoito	_____	_____
pyykin pesu	_____	_____
julkiset kulkuvälineet	_____	_____
kaupassa käynti	_____	_____
raskaat taloustyöt	_____	_____
Siivous	_____	_____

12 LÄÄKEHUOLTO

Lääkkeet _____

Lääkkeiden jako	ITSE	KOTIPALVELU	KSH	MUU	KUKA?
	_____	_____	_____	_____	_____
Lääkkeen otto	ITSE	KOTIPALVELU	KSH	MUU	KUKA?
	_____	_____	_____	_____	_____

13 SUOSTUMUS

Suostun hoitoani ja terveydentilaani koskevien tietojen luovuttamiseen selvittelyn ja päätöksenteon tueksi SAS työryhmässä

Kyllä Ei

Vakuutan edellä olevat tiedot oikeiksi ja suostun niiden tarkistamiseen

Paikka/pvm/allekirjoitus

Täyttämässä avusti/puh.nro

Virka-asema, sukulaisuussuhde tai muu

14 LIITTEET

Hakemuksen liitteet

- Verotiedot erittelyosineen
- Kuukausitulot (todistus eläkkeiden bruttomäärästä)
- Lääkäriinlausunto
- Kopio MMSE-testistä
- Kopio RAVA-testistä (hoitohenkilökunta täyttää)
- Hoitohenkilökunnan arvio asiakkaan kotona selviämisestä ja kiireellisyydestä /

15 ULKOPAIKKAKUNTALAISET HAKIJAT (MUUT KUIN RAUTAVAARALAISET HAKIJAT)

Kotikunnan SAS-yhdyshenkilön tai muun palveluasumisesta/laitoshoidosta vastaavan viranomaisen yhteystiedot

Onko palveluasumishakemus vireillä jossakin toisessa kunnassa? Ei Kyllä, Missä?

16 HAKEMUKSEN PALAUTUS

Rautavaaran kunta
SAS-vastaava
Palvelutalo Lepola
Kotitie 4
73900 Rautavaara