



RAUTAVAARAN KUNTA
PL 24
73901 RAUTAVAARA

OMAISHOIDONTUKIHAKEMUS

Viranomaisen täyttää
Vastaanottajan nimi/leima

Hakemuksen jättö-
päivämäärä

Hakijan henkilötiedot	Nimi	Henkilötunnus		
	Perhesuhde			
	<input type="checkbox"/> Naimisissa / avoliitossa	<input type="checkbox"/> Naimaton	<input type="checkbox"/> Erillään asuva	<input type="checkbox"/> Leski
	Entinen/ nykyinen ammatti	Kotipaikkakunta		
	Lähiosoite			
	Postinumero	Postitoimipaikka	Puhelinnumero	
	Asioiden hoitaja:			
Edunvalvoja:				
Asumistiedot	Asunto on			
	<input type="checkbox"/> Omakotitalo	<input type="checkbox"/> Paritalo	<input type="checkbox"/> Rivitalo	
	<input type="checkbox"/> Kerrostalon ____kerros	Onko talossa hissi?	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei
	Asunnossa on			
	<input type="checkbox"/> Vesijohto ja viemäri	<input type="checkbox"/> Sisä-WC	<input type="checkbox"/> Sauna / suihku	
	<input type="checkbox"/> Pesutiloissa amme	<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
	Muita vammaisratkaisuja, mitä			
Terveydentila	Sairaudet / vamman laatu			
	Onko hakijalla sairauden / vamman lisäksi muuta syytä, jonka vuoksi hän tarvitsee hoitoa tai apua päivittäiseen ja henkilökohtaiseen hoitoon?			

Liikkuminen	Itsenäisesti <input type="checkbox"/>
	Hakija käyttää : Keppiä <input type="checkbox"/> Sisällä <input type="checkbox"/> Ulkona <input type="checkbox"/>
	Rollaattoria: <input type="checkbox"/> Sisällä <input type="checkbox"/> Ulkona <input type="checkbox"/>
	Pyörätuolia: <input type="checkbox"/> Sisällä <input type="checkbox"/> Ulkona <input type="checkbox"/>
	Muuta apuvälinettä: <input type="checkbox"/> Sisällä <input type="checkbox"/> Ulkona <input type="checkbox"/>
Tarvitsee säännöllisesti ohjausta / valvontaa <input type="checkbox"/> Sisällä <input type="checkbox"/> Ulkona <input type="checkbox"/>	
Avun tarve	Minkälaista apua hakija tarvitsee seuraavissa toiminnoissa:
	Sisällä liikkumisessa
	Ulkona liikkumisessa
	Ruoan laitossa ja syömisessä
	Pukeutumisessa
	Päivittäisessä peseytymisessä ja saunassa tai suihkussa
	WC-käynneissä
	Lääkityksessä
	Minkälaista apua hakija tarvitsee öisin?
	Kauppa-, apteekki- ja pankkiasioinnissa
	Siivouksessa
Palvelujen käyttö	Hakija käyttää <input type="checkbox"/> Kotisairaanhoidopalveluja <input type="checkbox"/> Kotipalveluja <input type="checkbox"/> Yksityisiä hoivapalveluja
	Minkä verran?
	Hakija käyttää <input type="checkbox"/> Siivouspalveluja <input type="checkbox"/> Ateriapalveluja <input type="checkbox"/> Turvapalveluja
	Tilapäishoitoa palvelukeskuksessa tai terveyskeskuksessa <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
	Kuinka usein?
	Minkä verran omaiset / läheiset osallistuvat jokapäiväisiin askareisiin?
Hoidon järjestäminen	Onko hakijalle myönnetty Kelan eläkkeensaajien hoitotukea? Tukitaso (perus- ,korotettu- vai erityishoitotuki)?
	Hakija tarvitsee toisen henkilön hoitoa ja huolenpitoa <input type="checkbox"/> Päivittäin <input type="checkbox"/> Muutaman kerran viikossa <input type="checkbox"/> Harvemmin
	Hakija tulee yksin toimeen päiväaikaan <input type="checkbox"/> Kaksi tuntia <input type="checkbox"/> Kuusi tuntia <input type="checkbox"/> Yhdeksän tuntia <input type="checkbox"/> 12 tuntia
	Hakija tarvitsee yöllä toisen apua <input type="checkbox"/> Ei lainkaan <input type="checkbox"/> Yhden kerran <input type="checkbox"/> Kaksi kertaa <input type="checkbox"/> Kolme kertaa
	Kuka hakijaa on tähän saakka hoitanut?

Ehdotus omaishoitajasta	Nimi	Henkilötunnus
	Lähiosoite	Tilinumero
	Postinumero	Postitoimipaikka
	Puhelinnumero	
	<input type="checkbox"/> Koti	<input type="checkbox"/> Työ <input type="checkbox"/> Matkapuhelin
	Sähköpostiosoite:	
	Hoitaja on	
	<input type="checkbox"/> Ansiotyössä	<input type="checkbox"/> Ei ole ansiotyössä <input type="checkbox"/> Eläkkeellä
	Ansiotyö on	
	<input type="checkbox"/> Kokopäivätyö	<input type="checkbox"/> Osapäivätyö <input type="checkbox"/> Vuorotyö
	Hoitajan suhde hoidettavaan	
	<input type="checkbox"/> Puoliso <input type="checkbox"/> Tytär/Poika <input type="checkbox"/> Muu sukulainen <input type="checkbox"/> Ei ole sukulainen	
Vaikuttavatko mahdolliset hoitajan sairaudet hoitotyöhön? Miten?		
Lisätietoja omaishoitajasta		
Sijaishoitaja	Kuka toimii sijaishoitajana omaishoitajan ollessa estyneenä?	
Hoitajan vapaat	Miten hoitajan vapaat aiotaan järjestää?	
Lisätietoja		
Suostumus	Tällä hakemuksella annan myös luvan asiani käsittelemiseen SAS-työryhmässä	
Päiväys	Hoidettavan allekirjoitus	
	Hoitajan allekirjoitus	