



Social- och hälsovårdsverket
Sosiaali- ja terveysvirasto

ASUMISEN TAI INTERVALLIHOIDON HAKEMUS

Asumisen hoitopaikka

Intervallipaikka

Hakemus saapunut ____/____20__

Hakijan tiedot	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite	Puh.
Kotikunta		
Siviilisäätty	<input type="checkbox"/> naimisissa <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> avopuoliso <input type="checkbox"/> eronnut <input type="checkbox"/> leski <input type="checkbox"/> sotainvalidi, % _____ <input type="checkbox"/> sotaveteraani	
Omaisien tiedot	Nimi Osoite	Puh. Kotipuh.:

Edunvalvoja

Yhteydenotot hakemusta koskien ?

Hakija Joku muu/Kuka?

TILANNE HAKUAIKANA

Asuminen	<input type="checkbox"/> Asuu yksin <input type="checkbox"/> Asuu puolison kanssa
	<input type="checkbox"/> Jonkun muun kanssa/kenen? _____
	<input type="checkbox"/> Kerrostalo <input type="checkbox"/> Rivitalo <input type="checkbox"/> Omakotitalo <input type="checkbox"/> palvelutalo <input type="checkbox"/> Muu

NYKYINEN TOIMINTAKYKY JA KUKA AUTTAA TARVITTAESSA

Liikuntakyky	<input type="checkbox"/> itsenäisesti	<input type="checkbox"/> omainen	<input type="checkbox"/> kotihoito	<input type="checkbox"/> muu
Pukeutuminen/riisuutuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suihku/sauna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WC käynti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruuanlaitto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lääkkeiden jako ja otto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asiointi (kauppa, pankki ym.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siivous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APUVÄLINEET JA PALVELUT

Apuvälineet	<input type="checkbox"/> keppi	<input type="checkbox"/> rullaattori	<input type="checkbox"/> pyörätuoli	<input type="checkbox"/> muu			
Kuljetuspalvelu	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei	Ruokapalvelu	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei		
Turvapuhelin	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei	Muisti MMSE	<input type="checkbox"/> hyvä	<input type="checkbox"/> huonontunut	<input type="checkbox"/> muistihäiriö	pvm
Päiväkeskustoiminta	<input type="checkbox"/> säännöllisesti	Intervalli	<input type="checkbox"/> säännöllisesti				
Omaishoidontuki	<input type="checkbox"/> kyllä _____ €/kk	Kelan hoitotuki	<input type="checkbox"/> kyllä _____ €/kk				
Haetaan asumisen tai intervallihoitopaikkaa							
<input type="checkbox"/> Pietarsaari	<input type="checkbox"/> Pedersöre	<input type="checkbox"/> Luoto	<input type="checkbox"/> Uusikaarlepyy				

SAIRAUDET JOTKA VAIKUTTAVAT JOKAPÄIVÄISEEN ITSENÄISEEN TOIMINTAAN

PERUSTELUT MIKSI ASUMISPAIKKAA HAETAAN

MUUTA/TOIVOMUKSIA

Sijoittajakoordinaattori arvioi oikean hoitotason sen perusteella kuinka vaativaa hoitotarve on. Arviointi perustuu osittain RAI kartoitukseen, joka ei saa olla kuukautta vanhempi.

Viitaten edellä olevaan, haen asumispaikkaa. Annan suostumukseni siihen, että sijoittajakoordinaattori saa hakea minusta lisätietoja Sosiaali- ja terveysviraston tietokonejärjestelmästä lain 20§ asiakkaan asemasta ja oikeuksista mukaan.

Otan vastaan asumispaikan, joka minulle myönnetään kun se on saatavilla. Jos myönnettyä asumispaikkaa ei oteta vastaan viiden (5) päivän sisällä, siirtyy hoitovastuu hakijalle ja/tai omaisille.

Paikka ja pvm _____

Allekirjoitus _____



Tietoja ei luovuteta ulkopuolisille. Jos hakemuksen allekirjoittaa joku muu kuin hakija, tulee siitä antaa selvitys.

Hakemus lähetetään

Pietarsaaren kaupunki, Sosiaali- ja terveysvirasto
Sijoittajakoordinaattori
PL 111, 68601 Pietarsaari