



<b>Hoidettava</b>	Nimi _____ Syntymäaika _____ Puh. _____ Osoite _____
<b>Hoitaja</b>	Nimi _____ Syntymäaika _____ Puh. _____ Osoite _____ Hoitajan sukulaisuus hoidettavaan _____ Ansiotyössä <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei Eläkeläinen <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei Muu, mikä? _____
<b>Hoidon tarve</b>	Diagnoosi _____ _____ Hoitaja auttaa hoidettavaa seuraavissa asioissa _____ _____ _____ Kuinka kauan hoidettava voi olla yksin _____
<b>Allekirjoitus</b>	Yllä olevaan viitaten haen omaishoidontukea. Samalla valtuutan Sosiaali- ja terveysviraston päättävän viranomaisen hankkimaan täydentäviä tietoja. Hoidettavan allekirjoitus _____ Hoitajan allekirjoitus _____ Paikka ja aika _____

**Lääkärilausunto tai vastaava todistus on liitettävä hakemukseen** (C-todistus, epikriisi tai vastaava asiantuntijan selvitys).

Hakemus palautetaan seuraavaan osoitteeseen

Pietarsaaren kaupunki  
Sosiaali- ja terveysvirasto  
Omaishoidon tuki / Kunta  
PL 111, 68601 PIETARSAARI

