



Alle 65-vuotiaiden omaishoidon tuki

Tämä asiakirja sisältää salassa pidettäviä tietoja.
(Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 621/1999 § 24, 1 mom. 25 kohta).

Saapunut

_____ . _____ / 20_____

Nimi
Henkilötunnus
Osoite
Postinumero ja toimipaikka
Puhelin ja sähköposti
Asuminen <input type="checkbox"/> omistusasunto <input type="checkbox"/> vuokra-asunto <input type="checkbox"/> palveluasunto <input type="checkbox"/> muu, mikä _____ <input type="checkbox"/> asuu yksin Muut samassa taloudessa asuvat:
Yhteyshenkilö (lähiomainen / huoltaja / edunvalvoja) nimi ja yhteystiedot
Diagnoosi (vamma / sairaus / sairaudet)



Tuen tarve				
Toiminta	Ei avun tarvetta	Jonkin verran	Paljon	Muuta huomioitavaa
Ruuan valmistus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ruokailu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Peseytyminen (kasvot, kädet, hampaat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kylvetys / suihku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pukeutuminen / riisuutuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
WC-asiointi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kodinhoito (siivous, pyykkihuolto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kaupassa käynti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Muu asiointi (mm. taloudelliset asiat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lääkehoito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ulkoilu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Muu erityinen avuntarve / lisätietoja (esim. avuntarve sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, valvonnan ja toiminnanohjauksen tarve)



Toimintakyky

Fyysinen

- liikkuu itsenäisesti
- liikkuu avustettuna
- vuoteeseen hoidettava
- apuvälineet, mitä: _____
- muuta: _____

Psyykkinen

- aggressiivisuutta
- harhaisuutta
- levottomuutta
- tunnesäätelyssä haasteita
- passiivisuutta ja alakuloisuutta
- muuta: _____

Kognitiivinen

- kommunikoinnin haasteita
- toiminnanohjauksen haasteita
- aistipoikkeavuuksia (näkö, kuulo, tunto, haju, maku)
- muisti heikentynyt
- muuta: _____

Käytössä olevat palvelut

- kotihoitopalvelut
- ateriapalvelu
- suihkutuspalvelu
- kauppapalvelu
- vapaaehtois- / ystäväpalvelu
- turvapuhelin
- siivouspalvelu
- kuljetuspalvelu
- kuntoutus / terapia, mikä _____
- muu, mikä? _____



Muualta saadut korvaukset ja avustukset

- Kelan hoito-/ vammaistuki _____ € / kk
- sotilasvammalaki
- liikennevakuutus
- tapaturmavakuutus
- potilasvahinkovakuutus
- vapaaehtoinen vakuutus, mikä? _____

Vakuutusyhtiön nimi ja vahinkonumero

Hoitajan tiedot

Nimi

Henkilötunnus

Osoite

Postinumero ja toimipaikka

Puhelin ja sähköposti

Pankki ja tilinumero (omaishoidon tuen maksua varten)

Omaishoidontuki maksetaan hoitavalle henkilölle ja siitä suoritetaan ennakonpidätys.



Hoitajan suhde hoidettavaan: _____

Hoitaja on

- työssä muualla, työtuntien määrä tuntia/vko: _____
- työtön
- eläkkeellä

Saako hoitaja Kelan erityishoitorahaa kyseessä olevan alle 16-vuotiaan lapsen hoidosta?

- kyllä
- ei

Hoitajan antama apu ja tuki

- avustamista
- hoitamista
- valvontaa (esim. hoidettavalla alentunut vaarantaju, sairauskohtauksia, kaatuilua)

Hoitajalta kuluu avun ja tuen antamiseen _____ tuntia vuorokaudessa

Tarvitseeko hoidettava säännöllisesti hoivaa yöaikaan?

- kyllä
- ei

Hoidettava voi olla yksin _____ tuntia vuorokaudessa.

Lisätietoja, muuta huomioitavaa



Liitteet

Lääkärin tai muun asiantuntijan lausunto

on toimitettu aiemmin

oheisena

toimitetaan myöhemmin

Muita liitteitä, mitä _____

Allekirjoitukset

Vakuutan, että antamani tiedot ovat totuudenmukaiset.

Suostun asian käsittelyn edellyttämien tietojen tarkastamiseen muilta viranomaisilta.

Sosiaaliviranomainen voi saada veroviranomaiselta ja Kelalta näiden rekisterissä olevia, salassa pidettäviä henkilötietoja asiakkaan suostumuksesta riippumatta maksun määräämistä ja tietojen tarkistamista varten. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 § 20)

Päiväys

_____ . _____ / 20_____

Hyväksyn tässä mainitun henkilön hoitajakseni.

Asiakkaan allekirjoitus

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Hoitajan allekirjoitus

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Lisätietoja:

Vammaispalveluiden sosiaaliohjaajat p. +358 44797 8548, p. +358 50595 8853

Hakemus palautetaan:

Heinolan kaupunki Sosiaali- ja terveystoimi Vammaispalvelut PL 63 18101 Heinola	Käyntiosoite (tapaamiset ajanvarauksella): Terveyskeskus Torikatu 13 B-ovi, 2. krs 18100 Heinola
---	---