

**Hakija/hakijat**

Nimi	Nimi
Henkilötunnus	Henkilötunnus
Osoite	Osoite
Puh	Puh

Asioiden hoitaja / edunvalvoja / lähiomainen (kenelle saa antaa tietoja)

Nimi	Osoite/puh
-------------	-------------------

Nykyinen asuminen

- Omakotitalo/rivitalo/kerrostalo Laitoshoito
 Palvelukeskus/palvelutalo muu, mikä? _____
 Asun yksin Asun puolison kanssa Muun henkilön kanssa

Nykyisen asumisen ongelmat:

Haen seuraavien terveydellisten ja sosiaalisten syiden vuoksi sekä hoidon tarpeen vuoksi tehostettua palveluasumista: _____

Sairaudet: _____

Hoitavan lääkärin nimi _____

Milloin olette viimeksi käyneet perussairauksien vuoksi lääkärintarkastuksessa? _____

Miten suoriudutte seuraavista päivittäisistä toiminnoista:

Liikkuminen/apuvälineet: _____

Pukeutuminen/missä tarvitsette apua: _____

Peseytyminen/missä tarvitsette apua: _____

WC-käynti/missä tarvitsette apua: _____

Ruokailu/missä tarvitsette apua: _____

Lääkehoito/missä tarvitsette apua: _____

Aistitoiminnot:

s. 2/2

Näkö	<input type="checkbox"/> normaali	<input type="checkbox"/> vaikea näkövamma	<input type="checkbox"/> sokea
Kuulo	<input type="checkbox"/> normaali	<input type="checkbox"/> huono	<input type="checkbox"/> kuuro
Puhe	<input type="checkbox"/> normaali	<input type="checkbox"/> epäselvä	<input type="checkbox"/> afasia
Muisti	<input type="checkbox"/> normaali	<input type="checkbox"/> alentunut	<input type="checkbox"/> muistamaton

Tarvitsetteko toisen apua öisin/mihin tarvitsette öisin apua?
_____Kuinka kauan selviydytte päivällä ilman toisen apua/valvontaa? Miten?
_____**Hakijan käyttämät palvelut:**

Kotihoito	<input type="checkbox"/>	käyntejä _____ vrk	tunteja _____/kk
Yksityinen kotihoito	<input type="checkbox"/>	käyntejä _____vrk	tunteja _____/kk

Tukipalvelut:

<input type="checkbox"/> Ateriapalvelu	<input type="checkbox"/> Omaishoidontuki
<input type="checkbox"/> Turvapuhelin	<input type="checkbox"/> Päivätoiminta
<input type="checkbox"/> Kuljetuspalvelu	<input type="checkbox"/> Muuta, mitä? _____

Vuorohoito/intervallijaksot, kuinka usein ja missä? _____
_____Muu apu, mikä? (esim. omainen, naapuri?): _____
_____**Toiveet haettavasta palveluasumispaikasta:** _____
_____**Kelan hoitotuki** Alin hoitotuki Korotettu hoitotuki Erityishoitotuki Suostun siihen, että hakemustani käsittelevät työntekijät voivat hankkia tietojärjestelmistä tai muilta viranomaisilta minua koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemukseni käsittelyssä välttämättömiä.Päiväys _____/_____

Hakijan / edunvalvojan allekirjoitus

Lomake palautetaan allekirjoitettuna osoitteeseen:

Kempeleen kunta

Ikääntyneiden hoiva ja huolenpito

Vanhuspalveluohjaaja

PL 12, 90441 Kempele

Käyntiosoite: Hovintie 10C, 90440 Kempele

Lisätietoja tarvittaessa:

Vanhuspalveluohjaaja, puh. 040 1584 019,

tavoitettavissa ma-pe virka-aikana.