



HAKIJAA KOSKEVAT TIEDOT	
Henkilötiedot	Hakijan (hoidettavan) nimi _____ Henkilötunnus _____
	Katuosoite _____
	Postinumero ja -toimipaikka _____ Puhelin _____
	Perhesuhteet <input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> Avioliitossa <input type="checkbox"/> Eronnut <input type="checkbox"/> Avioliitossa <input type="checkbox"/> Asumuserossa <input type="checkbox"/> Leski
Perhetiedot	Hakijan perheeseen kuuluu _____ jäsentä Perheessä on ____ alle 18 v lasta syntymävuodet _____
Asumistiedot	Asunnon koko ____ huonetta ja keittiö Asunto on <input type="checkbox"/> oma <input type="checkbox"/> vuokra
	Mukavuudet <input type="checkbox"/> WC <input type="checkbox"/> lämmin vesi <input type="checkbox"/> puulämmitys <input type="checkbox"/> kylpyhuone, suihku, sauna <input type="checkbox"/> ei hissiä kerros
Avo- ja tukipalvelut	Kotipalvelu <input type="checkbox"/> Kuinka usein _____ Kotisairaanhoido <input type="checkbox"/> Kuinka usein _____ Ateriapalvelu <input type="checkbox"/> Kuinka usein _____ Kylvetyspalvelu <input type="checkbox"/> Kuinka usein _____ Päiväkeskus <input type="checkbox"/> Kuinka usein _____ Kuljetuspalvelu <input type="checkbox"/> _____ matkaa/kk <input type="checkbox"/> Pyykkipalvelu On / Ei <input type="checkbox"/> Turvapuhelin On / Ei <input type="checkbox"/> Muu palvelu, mikä _____ <input type="checkbox"/> Muu ulkopuolinen avustaja, kuka, miten usein? _____
KELA:n korvaukset	<input type="checkbox"/> Hoitotuki _____ €/kk <input type="checkbox"/> Korotettu hoitotuki _____ €/kk <input type="checkbox"/> Erityishoitotuki _____ €/kk <input type="checkbox"/> Erityishoitoraha _____ €/kk <input type="checkbox"/> Muu _____ €/kk

HOIDETTAVAN TOIMINTAKYKY JA AVUNTARVE			
Liikkuminen	<input type="checkbox"/> Itsenäisesti	<input type="checkbox"/> Osin autettava, miten?	<input type="checkbox"/> Täysin autettava
Syöminen	<input type="checkbox"/> Itsenäisesti	<input type="checkbox"/> Osin autettava, miten?	<input type="checkbox"/> Täysin autettava
Peseytyminen	<input type="checkbox"/> Itsenäisesti	<input type="checkbox"/> Osin autettava, miten?	<input type="checkbox"/> Täysin autettava
Pukeutuminen	<input type="checkbox"/> Itsenäisesti	<input type="checkbox"/> Osin autettava, miten?	<input type="checkbox"/> Täysin autettava
Näkö	<input type="checkbox"/> Hyvä	<input type="checkbox"/> Heikko	<input type="checkbox"/> Sokea
Kuulo	<input type="checkbox"/> Hyvä	<input type="checkbox"/> Heikko	<input type="checkbox"/> Kuuro
	<input type="checkbox"/> Kuulolaite		
Puhuminen	<input type="checkbox"/> Puhe selkeää	<input type="checkbox"/> Puhehäiriö	<input type="checkbox"/> Puhekyvytön
WC- asiointi	<input type="checkbox"/> Itsenäisesti	<input type="checkbox"/> Toisen autettava	
Käytössä olevat apuvälineet	<input type="checkbox"/> Ei ole <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä		
Psyykinen toimintakyky	Muisti Normaali <input type="checkbox"/> Alentunut <input type="checkbox"/> Muistamaton		
	Psyyke/käytös <input type="checkbox"/> Normaali Häiritsevä <input type="checkbox"/> Masentunut <input type="checkbox"/> Harhaileva <input type="checkbox"/> Aggressiivinen <input type="checkbox"/> Kontaktikyvytön <input type="checkbox"/> Sekava		



Päivittäinen hoidontarve	Kuvailekaa mahdollisimman tarkasti, mitä säännölliseen hoitoon, avustamiseen tai valvontaan kuuluu: Päivällä:
	Yöllä:
	Onko hoidettava päivittäin tai muutoin säännöllisesti koulussa, missä, aika: _____ <input type="checkbox"/> päiväkodissa, missä, aika: _____ päivähuoltolassa, missä, aika: _____ <input type="checkbox"/> suojatyössä, missä, aika: _____ <input type="checkbox"/> päivä-/yöhoidossa, missä, aika: _____ <input type="checkbox"/> muualla, missä, aika: _____ <input type="checkbox"/>

Vanhempien työssäkäynti, jos tukea haetaan lapselle	Isä ammatti työnantaja <input type="checkbox"/> kokopvä työ, klo - <input type="checkbox"/> osapvä työ, klo - <input type="checkbox"/> ei työssä, työtön, mistä alkaen	Äiti ammatti työnantaja kokopvä työ, klo - osapvä työ, klo - <input type="checkbox"/> ei työssä, työtön, mistä alkaen
--	--	---

HOITAJAA KOSKEVAT TIEDOT		
Henkilötiedot	Hoitajan nimi	Henkilötunnus
	Ammatti	Puhelin
	Katuosoite	Postinumero ja -toimipaikka

Tiedot hoitosuhteesta	Hoitaja on hakijan <input type="checkbox"/> puoliso <input type="checkbox"/> muu omainen, kuka _____ <input type="checkbox"/> lapsi <input type="checkbox"/> perheen ulkopuolinen palkattu hoitaja <input type="checkbox"/> isä tai äiti
	Mistä alkaen hoitanut hakijaa?
	Onko hoitajalla tällä hetkellä muita hoidettavia? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, montako?
	Jos hoitaja on hoidettavan lähiomainen, onko hän joutunut jäämään pois ansiotyöstä hoitaakseen tuen hakijaa <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, milloin

Hoitajan vapaiden järjestäminen	Hoitajalle, jonka vastuulla on runsaasti hoitoa ja huolenpitoa tarvitseva henkilö, on mahdollisuuksien mukaan järjestettävä hoidosta vapaata. Miten kohdallanne vapaan toteuttaminen tapahtuisi käytännössä (viikoittain, kuukausittain, lomajaksoina)?
Allekirjoitukset	Paikka _____ Aika _____ / _____ 200____ Hoidettavan allekirjoitus _____ Hoitajan allekirjoitus _____
Liitteet	<input type="checkbox"/> Lääkärintlausunto, lomake C tai B (ei pakollinen) <input type="checkbox"/> Tapaturmaviraston päätös (sotilasvammalain piiriin kuuluvat)

Hakemuksen palautus	Hakemus palautetaan hakijan asuinkunnan perusturvakeskukseen
--------------------------------	--