

Viranhaltija täyttää

Hakemuksen saapumispäivä __ / __.20__	Hakemuksen vastaanottanut yksikkö - Toimipaikka ____ - Osoite ____ - Puhelinnumero ____
--	--

OMAISHOIDONTUEN HAKEMUS

Hoidettava

Nimi	Henkilötunnus
Osoite	
Postitoimipaikka	Puhelin

Hoitaja

Nimi	Henkilötunnus
Osoite	Postitoimipaikka
Puhelin	Sukulaisuussuhde hoidettavaan
sähköposti	
Hoitaja jää pois ansiotyöstä <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei mistä alkaen	
Vaikuttaako hoitajan oma terveydentila hoitotyöhön? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei Miten? Tarvittaessa on esitettävä lääkärinlausunto.	

Omaishoidettavan tarvitseman avun luonne

Avun tarve/toimintakyky	Suorittuu itsenäisesti	Tarvitsee apua	Täysin autettava	Auttava henkilö
Ruokahuolto/syöminen				
Peseytyminen				
Pukeutuminen/riisuutuminen				
WC-asiointi				
Lääkehoito/hoitotoimenpiteet				
Liikkuminen				
Asiointi				
Kodinhuollolliset tehtävät				

Avun tarpeen määrä

- Apu on ympärivuorokautista
 Apu on päivittäistä ja valvontaa öisin
 Apu on päivittäistä
 Harvemmin kuin kerran päivässä

_____ tuntia päivässä _____ tuntia viikossa

Jos annettu apu on harvemmin kuin kerran päivässä, niin kuinka usein viikossa? _____ kertaa viikossa

Palvelua haetaan ajalle:

Määräajaksi ___ / __.20__ - ___ / __.20__

Toistaiseksi

Hoidettavalle maksettava Kelan hoitotuki

ei saa saa; €/kk

haettu ___ / __.20__

vähintään 10 % sotainvalidi

Asiakkaan saamat muut palvelut

kotisairaanhoido ___ x päivä/viikko/kuukausi kotipalvelu ___ x päivä/viikko

päivätoiminta ___ x viikko

ateriapalvelu ___ x viikko turvapuhelin

kuljetustuki muu; mikä _____

Lisätietoja (mm. vireillä olevista palveluista)

Edellä olevat tiedot vakuutan arvioni ja tietojeni perusteella oikeiksi.

Hoidettava valtuuttaa allekirjoituksellaan Hoitajan omaishoitoon liittyvien asioidenhoitajaksi.

___ / __.20__
päiväys

Hoidettavan allekirjoitus

Hoitajan allekirjoitus

Nimenselvennys

Nimenselvennys

Hakemuksen täyttämässä avustanut henkilö tai hakemuksen täyttänyt henkilö, jos muu kuin hakija

Nimi _____

Puhelinnumero _____

Osoite _____

Virka-asema tai tehtävänimike jos viranomainen _____

Allekirjoituksella hyväksyn yhteisrekisterien käytön:

Onnistunut omaishoito edellyttää hoito -ja palvelusuunnitelman tekemistä ja tietojen vaihtoa asiakkaan hoitoon osallistuvien työntekijöiden ja palvelua tuottavien muiden tahojen kanssa. Hoitooni osallistuvat työntekijät ja palvelua tuottavat muut tahot vaihtavat keskenään minua koskevia tietoja, jotka ovat tarpeen omaishoidon toteutuessa, salassapitovelvollisuuden estämättä sitä.

Terveydenhuollon rekisterit:

- Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä: Julkinen terveydenhuolto

Sosiaalihuollon rekisterit:

- Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä: Kotipalvelu
- Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä: Vanhainkoti
- Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä: Omaishoito
- Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä: Palveluasuminen

Hakemuksen palautus:

Iisalmi ja Sonkajärvi:

Omaishoidon tuki

Riistakatu 21 A

74100 IISALMI

Palveluohjaaja puh. 040 543 4965

Kiuruvesi ja Vieremä:

Palvelukeskus Virranranta / Omaishoidon tuki

Kuorevirrankatu 13

74700 KIURUVESI

Palveluohjaaja puh. 040 760 5618

LIITTEET

1. Lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön lausunto toimintakyvystä
2. Haja-asutusalueella asuivilta ajo-ohje