

Taivalkosken sosiaali- ja terveystalvet
HAKEMUS OMAISHOIDON TUESTA

Hakemus saapunut

HOIDETTAVAA KOSKEVAT TIEDOT	
Hoidettavan tiedot	Suku- ja etunimet (hoidettavan nimi) Henkilötunnus
	Kotikunta Puhelinnumero
	Lähiosoite ja postitoimipaikka
	Perhesuhteet <input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> Avio/avoliitossa <input type="checkbox"/> Leski vuodesta <input type="checkbox"/> Eronnut
Perhetiedot	<input type="checkbox"/> Asuu yksin <input type="checkbox"/> Puolison/ kumppanin tai jonkun muun kanssa <input type="checkbox"/> Asuu vanhempien luona Hakijan perheen koko perheenjäsentä Perheessä on alle 18- vuotiasta lasta, syntymävuodet
Onko hoidettava päivisin tai muutoin säännöllisesti	<input type="checkbox"/> työtoiminnassa, miten usein, aika <input type="checkbox"/> päivätoiminnassa, miten usein, aika <input type="checkbox"/> kotona <input type="checkbox"/> muualla, missä, aika <input type="checkbox"/> koulussa, missä, aika matkoineen <input type="checkbox"/> päiväkodissa, missä, aika matkoineen
Myönnetyt sosiaali- ja terveystalvet	<input type="checkbox"/> Kotihoidon asiakas <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> Kotihoidon tukipalvet <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei (turvapuhelin, ateriat, kuljetuspalvelu, kauppapalvelu) <input type="checkbox"/> vammaispalvelu <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei (esim. kuljetuspalvelu, palveluasuminen, henkilökohtainen avustaja, vaikeavammaisten avustajapalvelu) <input type="checkbox"/> Perhetyö <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> Muu tukipalvelu, mikä?
Sairaus tai muu erityinen avun tarve	

<p>Hoidettavan toimintakyky ja avuntarve</p>	<p>1. Liikkuminen <input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> ohjattava <input type="checkbox"/> osin autettava <input type="checkbox"/> täysin autettava</p> <p>2. Syöminen <input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> ohjattava <input type="checkbox"/> osin autettava <input type="checkbox"/> täysin autettava</p> <p>3. Peseytyminen <input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> ohjattava <input type="checkbox"/> osin autettava <input type="checkbox"/> täysin autettava</p> <p>4. Näkö <input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> rajoittunut <input type="checkbox"/> sokea</p> <p>5. Puheen tuottaminen <input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> puhehäiriö <input type="checkbox"/> puhumaton</p> <p>6. Psykkinen toiminta <input type="checkbox"/> toimintakykyinen <input type="checkbox"/> muisti heikentynyt <input type="checkbox"/> muistamaton <input type="checkbox"/> toimintakyky muutoin heikentynyt, miten?</p> <p>7. WC- toimet <input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> ohjattava <input type="checkbox"/> avustettuna <input type="checkbox"/> muuta huomioitavaa</p> <p>8. Päivittäinen avuntarve Kuvailkaa mahdollisimman tarkasti, mitä avustamiseen tai valvontaan kuuluu 1) päivisin</p> <p>2) öisin</p>
<p>Kelan etuudet</p>	<p>Mitä seuraavista etuuksista Kela on myöntänyt hoidettavalle? <input type="checkbox"/> hoitotuki <input type="checkbox"/> korotettu hoitotuki <input type="checkbox"/> erityishoitotuki <input type="checkbox"/></p> <p>hoitotukihakemus vireillä</p> <p>Hoitotuen määrä / kk euroa Vamman vaikeusaste %</p>
<p>Tapaturma- viraston tai vakuutus- laitoksen etuudet</p>	<p>Saako hoidettava sotilasvammalain mukaista korvausta tai häittakorvausta vakuutusyhtiöltä? <input type="checkbox"/> saa <input type="checkbox"/> ei saa</p> <p>Korvauksen määrä / kk euroa Vamman vaikeusaste %</p>

Allekirjoitukset ja päiväys	Taivalkoskella	Hyväksyn tässä mainitun henkilön hoitajakseni
	Hoitajan allekirjoitus:	Hoidettavan allekirjoitus:
Suostumus	Annan suostumukseni siihen, että Taivalkosken kunta saa tarkistaa potilastietojärjestelmästä ne terveystietoni, jotka ovat tarpeen arvioitaessa omaishoidon tuen annetun lain 3§:n 1 momentin 3 kohdan mukaisesti, että hoitajan terveys ja toimintakyky vastaavat omaishoidon antamia vaatimuksia. Päiväys Omaishoitajan allekirjoitus Omaishoidon tuen annetun lain 3§ 1 momentin 1 kohdan edellytysten varmistamiseksi Taivalkosken kunta tarkistaa potilastietojärjestelmästä, että hoidettavan henkilö tarvitsee alentuneen toimintakyvyn, sairauden, vamman tai muun vastaavanlaisen syyn vuoksi kotioloissa hoitoa tai muuta huolenpitoa.	

Lisätietoja:

Palveluohjaaja
p. 0400 530 257

HAKEMUKSEN PALAUTUSOSOITE

Taivalkosken sosiaali- ja terveystoimi
Kotihoito
Palveluohjaaja
Lammentie 4
93400 Taivalkoski