

Taivalkosken sosiaali- ja terveystalvet

HAKEMUS PÄIVÄTOIMINTAAN

Hakemus saapunut

HAKIJAN TIEDOT

Suku- ja etunimi	
Postiosoite	Henkilötunnus
Postinumero	Postitoimipaikka
Puhelinnumero	Sähköposti
Perheen muut jäsenet, nimi ja syntymäaika:	
<input type="checkbox"/> Kotitalvelun piirissä oleva asiakas	Muihin ryhmiin osallistuminen? RAI: MMSE:
Kylvetys-/saunapalvelun tarve	<input type="checkbox"/> Ei tarvetta <input type="checkbox"/> Hoitajan tukemana <input type="checkbox"/> Itsenäisesti
Päivätoiminnan tarve	<input type="checkbox"/> torstai <input type="checkbox"/> kerran viikossa <input type="checkbox"/> 2 kertaa kuukaudessa <input type="checkbox"/> Kokoaikainen 9- 15 <input type="checkbox"/> Osapäiväinen 11- 15 <input type="checkbox"/> Jatkuvaa <input type="checkbox"/> Tilapäistä Käytössä vammaispalvelulain mukainen kuljetuspalvelu <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei

Perustelut päivätoiminnan tarpeelle	
-------------------------------------	--

Päivämäärä	Hakijan allekirjoitus
------------	-----------------------

Lisätietoja:

Palveluohjaaja
p. 0400 530 257

HAKEMUKSEN PALAUTUSOSOITE

Taivalkosken sosiaali- ja terveystoimi
Kotihoito
Palveluohjaaja
Lammentie 4
93400 Taivalkoski