



Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja
terveyspalvelukuntayhtymä

Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveyspalvelukuntayhtymä Soite

Hakemus senioriasumiseen

Nimi:

Henkilötunnus:

Osoite:

Puhelinnumero:

Kotikunta:

Ammatti (ent.):

Naimaton Avoliitto Avioliitto Leski Eronnut Rekisteröity parisuhde

Sotainvalidi %: Rintamaveteraani

Puolison nimi:

Puolison osoite:

Hakijan lähiomaiset (nimi, sukulaisuussuhde, osoite ja puhelinnumero):

Edunvalvoja:

Yksikkö/yksiköt, johon haen:

Halsua, senioriasuminen

Veteli, senioriasuminen Onnela

Räyrinki, senioriasuminen Kuusikoti

Kannus, senioriasuminen Puistola

Lestijärvi, senioriasuminen

Kokkola, senioriasuminen Kuusikumpu

Kaustinen, senioriasuminen

Nykyinen asunto

omakotitalo rivitalo kerrostalo kerros:

muu mikä:

vailla vakituista asuntoa

Asunnon varustetaso: kylpyhuone/sauna hissi

Asuntoon on tehty asumisturvallisuustarkastus: kyllä ei

Nykyiset palvelut

Kotihoito: säännöllinen tilapäinen yksityinen

Päivätoiminta: säännöllinen tilapäinen

Lyhytaikaishoito/jaksohoito: säännöllinen tilapäinen

Yöpartio: on ei ole

Ateriapalvelu: on ei ole

Kuljetuspalvelu: on ei ole

Turvapuhelin: on ei ole

Henkilökohtainen avustaja (vammaispalvelu): on ei ole

Muu, mikä:

Nykyinen toimintakyky ja avun tarve

Tarvitsetko apua seuraavissa toiminnoissa. Jos tarvitset, kuvaile avun tarve mahdollisimman tarkasti jokaisen kysymyksen alle.

Liikkumisessa sisällä tai ulkona

ei

kyllä

Peseytymisessä ja henkilökohtaisen hygienian hoidossa

ei

kyllä :

Syömisessä ja aterioiden valmistamisessa

ei

kyllä :

Näkemisessä, kuulemisessa, puhumisessa

ei

kyllä :

Asioiden muistamisessa

ei

kyllä :

Sairauden hoidossa ja lääkityksestä huolehtimisessa

ei

kyllä :

Kodinhoidossa tai kodin ulkopuolisten asioiden hoitamisessa

ei

kyllä :

Jossain muussa asiassa

ei

kyllä :

Toimintakykyä haittaavat ongelmat ja sairaudet:

Tällä hetkellä käytössä olevat apuvälineet:

Pääasialliset syyt, miksi ei voi jatkaa nykyisessä asumismuodossa:

Käsittely edellyttää asiakkaan suostumusta terveyden- ja sosiaalihuollon potilas- ja asiakastietojen käyttöön.

Suostumus potilastietojen luovuttamiseksi terveydenhuollon toiminnasta sosiaalihuollon toimintaan.

Suostumus asiakastietojen luovuttamiseksi sosiaalihuollon toiminnasta terveydenhuollon toimintaan.

Suostun

En suostu siihen, että potilas- ja asiakastietojani käytetään hakemukseni käsittelyssä.

Allekirjoitus

Paikka ja päiväys

Asiakkaan tai edunvalvojan allekirjoitus ja nimenselvennys

Perustelut, jos allekirjoittajana on muu kuin hakija:

Hakemuksen palautusosoite

Halsua, Kaustinen, Veteli, Räyrinki: K-P:n sosiaali- ja terveysterveystoiminta Soite, Perhe- ja sosiaalikeskus Pajala, Senioriasuminen, Pajalantie 1, 69600 Kaustinen

Kannus, Lestijärvi: K-P:n sosiaali- ja terveysterveystoiminta Soite, Senioriasuminen, Peltokatu 10, 69100 Kannus

Kokkola: K-P:n sosiaali- ja terveysterveystoiminta Soite, Senioriasuminen Kuusikumpu, Kuusitie 20, 67200 Kokkola