Mellersta Österbottens välfärdsområde Soite

Ansökan om plats i seniorboende

Namn:

Personbeteckning:

Adress:

Telefonnummer:

Hemkommun:

Yrke (tidigare):

Ogift ☐ Samboförhållande ☐ Äktenskap ☐ Änka/änkling ☐ Frånskild ☐ Registrerat partnerskap ☐

Krigsinvalid ☐ %: Frontveteran ☐

Makens/makans/sambons namn:

Makens/makans/sambons adress:

Den sökandes närmast anhöriga (namn, släktskapsförhållande, adress och telefonnummer):

Intressebevakare:

Enhet/enheter som jag ansöker om plats i:

Halso, seniorboende ☐

Vetil, seniorboende Onnela ☐

Räyrinki, seniorboende Kuusikoti ☐

Kannus, seniorboende Puistola ☐

Lestijärvi, seniorboende ☐

Karleby, seniorboende Kuusikumpu ☐

Kaustby, seniorboende ☐

Nuvarande bostaden

egnahemshus ☐ radhus ☐ höghus ☐ våning:

annat ☐ vad:

har ingen stadigvarande bostad ☐

Bostadens utrustningsnivå: badrum/bastu ☐ hiss ☐

Det har gjorts en boendesäkerhetskontroll i bostaden: ja ☐ nej ☐

Nuvarande tjänster

Hemvård: regelbunden ☐ tillfällig ☐ privat ☐

Dagverksamhet: regelbunden ☐ tillfällig ☐

Kortvarig vård/intervallvård: regelbunden ☐ tillfällig ☐

Nattpatrull: ja ☐ nej ☐

Måltidsservice: ja ☐ nej ☐

Färdtjänst: ja ☐ nej ☐

Trygghetstelefon: ja ☐ nej ☐

Personlig assistent (handikapptjänster): ja ☐ nej ☐

Något annat, vad:

Funktionsförmågan och hjälpbehovet i nuläget

Behöver du hjälp i följande funktioner. Om svaret är ja, beskriv dit hjälpbehov så noggrant som möjligt under varje fråga.

När jag rör mig inomhus eller utomhus

nej ☐

ja ☐:

När jag tvättar mig och sköter min personliga hygien

nej ☐

ja ☐:

Med att äta och tillaga måltider

nej ☐

ja ☐:

Med att se, höra, tala

nej ☐

ja ☐:

Med att komma ihåg

nej ☐

ja ☐:

Med sjukvård och att sköta läkemedelsbehandling

nej ☐

ja ☐:

Med hemvård eller med att uträtta ärenden utanför hemmet

nej ☐

ja ☐:

I något annat

nej ☐

ja ☐:

Problem och sjukdomar som skadar funktionsförmågan:

De hjälpmedel som är i bruk i nuläget:

De huvudsakliga orsakerna till att jag inte kan fortsätta bo i den nuvarande boendeformen:

Behandlingen av ansökningen förutsätter klientens samtycke till användning av patient- och klientuppgifter från hälso- och sjukvården och socialvården.

Samtycke till att lämna ut patientuppgifter från hälso- och sjukvården till socialvårdens verksamhet.

Samtycke till att lämna ut klientuppgifter om socialvårdens verksamhet till hälso- och sjukvårdens verksamhet.

☐ Jag ger mitt samtycke

☐ Jag ger inte mitt samtycke till att mina patient- och klientuppgifter används vid behandling av min ansökning.

Underskrift

Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande av klienten eller klientens intressebevakare

Motivering ifall någon annan en den ansökande personen undertecknat ansökningen:

Ansökningen skickas till adressen:

Halso, Kaustby, Vetil, Räyrinki: Mellersta Österbottens välfärdsområde Soite, Familje- och socialcentret Pajala, Seniorboende, Pajalantie 1, 69600 Kaustby

Kannus, Lestijärvi: Mellersta Österbottens välfärdsområde Soite, seniorboende, Peltokatu 10, 69100 Kannus

Karleby: Mellersta Österbottens välfärdsområde Soite, seniorboende Kuusikumpu, Granvägen 20, 67200 Karleby