



Mellersta Österbottens social- och  
hälsovårdssamkommun

Mellersta Österbottens social- och hälsovårdssamkommun 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 ansökningsen 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 än den ansökande personen undertecknat ansökningsen:

## **Ansökningsen skickas till adressen:**

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

Kannus, Lestijärvi: Mellersta Österbottens social- och hälsovårdssamkommun Soite, seniorboende, Peltokatu 10, 69100 Kannus

Karleby: Mellersta Österbottens social- och hälsovårdssamkommun Soite, seniorboende Kuusikumpu, Granvägen 20, 67200 Karleby