



Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue Soite

## Hakemus ikääntyneiden hoidon ja hoivan asumispalveluihin

Nimi:

Henkilötunnus:

Osoite:

Puhelinnumero:

Kotikunta:

Ammatti (ent.):

Jatkuva perhehoito  Ympäri vuorokautinen palveluasuminen

Halsua  Lestijärvi  Veteli  Kannus  Perho

Kokkola  Kaustinen  Toholampi

Naimaton  Avoliitto  Avioliitto  Leski  Eronnut  Rekisteröity parisuhde

Sotainvalidi, %:

Rintamaveteraani

Puolison nimi:

Puolison osoite:

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

Edunvalvoja:

## Nykyinen asunto

omakotitalo     rivitalo     kerrostalo, kerros:     perhehoito  
 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

Perhehoito:     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:

Omaishoidontuki:     kyllä    € kuukaudessa:

Eläkettä saavan hoitotuki ja muut Kelan etuudet:  kyllä    € kuukaudessa:

## 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:

Kodin hoidossa 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:**

**Muita toivomuksia** (esim. palvelukeskus tai toimintakeskus, johon ensisijaisesti haluaa):

### **Suostumus hoitoneuvotteluun**

Asiakkaan hakemus käsitellään moniammatillisessa SAS-työryhmässä. 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**

Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue Soite

SAS-hoitaja

Honkaharjun toimintakeskus

Sairaalakatu 2, 67100 Kokkola

Hakemus saapunut, pvm:

Hakemuksen vastaanottajan allekirjoitus ja nimenselvennys