Mellersta Österbottens välfärdsområde Soite

Ansökan om boendeservice inom vård och omsorg för äldre

Namn:

Personbeteckning:

Adress:

Telefonnummer:

Hemkommun:

Yrke (tidigare):

☐ Fortgående familjevård ☐ Serviceboende med heldygnsomsorg

☐ Halso ☐ Lestijärvi ☐ Vetil ☐ Kannus ☐ Perho

☐ Karleby ☐ Kaustby ☐ Toholampi

☐ Ogift ☐ Sambo ☐ Gift ☐ Änka/änkling ☐ Frånskild ☐ Registrerat partnerskap

☐ Krigsinvalid, %:

☐ Frontveteran

Makens/makans namn:

Makens/makans adress:

Sökandens nära anhöriga (namn, släktförhållande, adress och telefonnummer):

Intressebevakare:

Nuvarande bostad

☐ egnahemshus ☐ radhus ☐ höghus, våning: ☐ familjevård

☐ annat, vad:

☐ utan permanent bostad

Bostadens utrustningsnivå: ☐ badrum/bastu ☐ hiss

Bostadens boendesäkerhet har granskats: ☐ ja ☐ nej

Nuvarande service

Hemvård: ☐ regelbunden ☐ tillfällig ☐ privat

Dagverksamhet: ☐ regelbunden ☐ tillfällig

Familjevård: ☐ regelbunden ☐ tillfällig

Kortvarig vård/intervallvård: ☐ regelbunden ☐ tillfällig

Nattpatrull: ☐ ja ☐ nej

Matservice : ☐ ja ☐ nej

Färdtjänst: ☐ ja ☐ nej

Trygghetstelefon: ☐ ja ☐ nej

Personlig assistent (funktionshinderservice): ☐ ja ☐ nej

Annat, vad:

Stöd för närståendevård: ☐ ja € i månaden:

Vårdbidrag för pensionstagare och andra förmåner av FPA: ☐ ja € i månaden:

Nuvarande funktionsförmåga och behov av hjälp

Behöver du hjälp med följande funktioner. Om du behöver hjälp, beskriv hjälpbehovet så noggrant som möjligt under varje fråga.

Med att förflytta dig inom- eller utomhus

☐ nej

☐ ja:

Med tvättning och skötsel av personlig hygien

☐ nej

☐ ja:

Med ätande och med att tillaga måltider

☐ nej

☐ ja:

Med att se, höra, tala

☐ nej

☐ ja:

Med att komma ihåg

☐ nej

☐ ja:

Med att behandla en sjukdom och med att sköta medicinering

☐ nej

☐ ja:

Med skötsel av hemmet eller med att uträtta ärenden utanför hemmet

☐ nej

☐ ja:

Med något annat

☐ nej

☐ ja:

Problem och sjukdomar som försämrar funktionsförmågan:

Hjälpmedel som används för närvarande:

Huvudsakliga orsaker till varför den sökande inte kan fortsätta med nuvarande boende-form:

Andra önskemål (t.ex. servicecentret/verksamhetscentret som i första hand önskas):

Samtycke till vårddiskussion

Klientens ansökan behandlas i multiprofessionella SAS-arbetsgruppen. Behandlingen förutsätter klientens samtycke till att patient- och klientuppgifter inom hälso- och socialvården får användas.

Samtycke till att patientuppgifter om behandling inom hälso- och sjukvården får överlåtas för socialvårdsverksamhet.

Samtycke till att klientuppgifter om behandling inom socialvården får överlåtas för hälso- och sjukvårdsverksamhet.

☐ Jag samtycker

☐ Jag samtycker inte till att mina patient- och klientuppgifter används vid behandlingen av min ansökan

Underskrift

Ort och datum

Klientens eller intressebevakarens underskrift och namnförtydligande

Motivering ifall någon annan än den sökande undertecknar ansökningen

Adress för inlämnande av ansökning

Mellersta Österbottens välfärdsområde Soite

SAS-skötare

Furuåsens verksamhetscenter

Sjukhusgatan 2, 67100 Karleby

Ansökningen har inkommit, datum:

Underskrift och namnförtydligande av mottagaren