



Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue Soite

Hakemus yhteisölliseen asumiseen

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, yhteisöllinen asuminen
- Veteli, yhteisöllinen asuminen, Onnela
- Räyrinki, yhteisöllinen asuminen, Kuusikoti
- Kannus, yhteisöllinen asuminen, Puistola
- Lestijärvi, yhteisöllinen asuminen
- Kokkola, yhteisöllinen asuminen, Kuusikumpu
- Kaustinen, yhteisöllinen asuminen

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:

Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue Soite, Yhteisöllinen asuminen, Haitekki-talo, Vissavedentie 1, 69600 Kaustinen

Kannus, Lestijärvi:

Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue Soite, Yhteisöllinen asuminen, Peltokatu 10, 69100 Kannus

Kokkola: Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue Soite, Yhteisöllinen asuminen Kuusikumpu, Kuusitie 20, 67200 Kokkola