



Mellersta Österbottens välfärdsområde Soite

Ansökan om gemenskapsboende

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, gemenskapsboende
- Vetil, gemenskapsboende, Onnela
- Räyrinki, gemenskapsboende, Kuusikoti
- Kannus, gemenskapsboende, Puistola
- Lestijärvi, gemenskapsboende
- Karleby, gemenskapsboende, Kuusikumpu
- Kaustby, gemenskapsboende

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 (funktionshinderservice): 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:

Ansökningen skickas till adressen:

Halso, Kaustby, Vetil, Räyrinki:

Mellersta Österbottens välfärdsområde Soite, Gemenskapligt boende, Haitekki-talo,
Vissavedentie 1, 69600 Kaustby

Kannus, Lestijärvi:

Mellersta Österbottens välfärdsområde Soite, Gemenskapligt boende, Peltokatu 10, 69100 Kan-
nus

Karleby: Mellersta Österbottens välfärdsområde Soite, Gemenskapligt boende, Kuusikumpu,
Granvägen 20, 67200 Karleby