



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

Huom ! Liitteeksi hakemukseen tarvitaan tulo- ja varallisuustiedot.

Hakemus saapunut, pvm:

Hakemuksen vastaanottajan allekirjoitus ja nimenselvennys