



Mellersta Österbottens välfärdsområde Soite

## Ansökan om boendeservice inom vård och omsorg för äldre

Namn:

Personbeteckning:

Adress:

Telefonnummer:

Hemkommun:

Yrke (tidigare):

- Fortgående familjevård  Serviceboende med heldygnsoomsorg
- Halsö  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 boendeform:**

**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

**Obs !** Som bilaga till ansökan behövs uppgifter om inkomst och förmögenhet.

Ansökningen har inkommit, datum:

Underskrift och namnförtydligande av mottagaren