

HAKIJAA KOSKEVAT TIEDOT

HENKILÖ- TIEDOT	Hakijan (hoidettavan) nimi _____	Henkilötunnus _____
	Lähiosoite _____	
	Postinumero ja postitoimipaikka _____	Puhelin _____
	Perhesuhteet <input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> Avoliitossa <input type="checkbox"/> Avioliitossa <input type="checkbox"/> Asumuserossa <input type="checkbox"/> Eronnut <input type="checkbox"/> Leski	
Lähin omainen, osoite ja puhelin _____		
PERHE- TIEDOT	Hakijan perheen koko _____ perheenjäsentä	
	Perheessä on _____ alle 18-vuotiasta lasta, syntymävuodet _____	
ASUMIS- TIEDOT	Asunnon koko _____ huonetta ja keittiö / kk	
	Mukavuudet	
	<input type="checkbox"/> keskuslämmitys <input type="checkbox"/> puulämmitys <input type="checkbox"/> lämmin vesi <input type="checkbox"/> WC <input type="checkbox"/> kylpyhuone, suihku, sauna	
	<input type="checkbox"/> ei hissiä _____ kerros <input type="checkbox"/> hissi on _____	
Onko asuntoon tehty hakijan vamman edellyttämiä asunnonmuutostöitä		
<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, milloin, mitä _____		
NYKYISET AVO- JA TUKI- PALVELUT	<input type="checkbox"/> Kotipalvelu, miten usein ja mitä _____	
	<input type="checkbox"/> Valvottu kotisairaanhoido, miten usein ja mitä _____	
	<input type="checkbox"/> Joku muu perheen ulkopuolinen avustaja, kuka ja miten usein ja mitä _____	
	<input type="checkbox"/> _____	

HOIDETTAVAN TOIMINTAKYKY JA AVUN TARVE

KÄYTÖSSÄ OLEVAT APUVÄLINEET	<input type="checkbox"/> ei käytössä <input type="checkbox"/> kyllä, mitä _____	
	<input type="checkbox"/> _____	
	<input type="checkbox"/> _____	
LIIKKUMINEN	<input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> osin autettava, miten _____ <input type="checkbox"/> vuodepotilas, miten _____	
	<input type="checkbox"/> _____	

HOITAJAA KOSKEVAT TIEDOT

HENKILÖ- TIEDOT	Hoitajan nimi	Henkilötunnus			
	Ammatti	Puhelin			
	Lähiosoite	Postinumero			
	Pankki ja tilinumero				
HOITAJAN TYÖSSÄKÄYNTI	<input type="checkbox"/> kokopäivätyö, klo	<input type="checkbox"/> osapäivätyö, klo	<input type="checkbox"/> ei työssä	<input type="checkbox"/> eläkkeellä	
TIEDOT HOITOSUH- TEESTA	Hoitaja on hakijan	<input type="checkbox"/> puoliso / avopuoliso	<input type="checkbox"/> lapsi	<input type="checkbox"/> isä/äiti	
		<input type="checkbox"/> perheen ulkopuolinen palkattu hoitaja	<input type="checkbox"/> muu omainen, kuka		
	Mistä alkaen hoitanut hakijaa?				
	Onko hoitajalla tällä hetkellä muita hoidettavia?	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> kyllä, nimi ja osoite		
	Jos hoitaja on hoidettavan lähiomainen, onko hän joutunut jäämään pois ansiotyöstä hoitaakseen tuen hakijaa?	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> kyllä, milloin		
	Maksetaanko hoidosta avustusta jonkun muun lain nojalla?	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> kyllä, paljonko ja mistä		
LISÄTIETOJA					
ALLEKIRJOI- TUKSET	HAUKIPUDAS _____ / _____ 20____				
	Hoidettavan allekirjoitus	-----			
	Hoitajan allekirjoitus	-----			
LIITTEET	1) Lääkärinlausunto hoidettavasta 2) Mahdolliset vakuutusyhtiön päätökset 3) Muut mahdolliset liitteet				
LOMAKKEIDEN PALAUTUS JA LISÄTIETOJA	HAUKIPUTAAN KUNTA Perusturvapalvelut Kehitysvammahuolto PI 14, 90831 HAUKIPUDAS Käyntiosoite: Keskuskuja p. (08) 887 4166	HAUKIPUTAAN KUNTA Perusturvapalvelut Vammaispalvelu PI 14, 90831 HAUKIPUDAS Käyntiosoite: Keskuskuja p. (08) 887 4165			