

**HENKILÖTIEDOT**

Sukunimi ja etunimet (puhuttelunimi alleviivataan) \_\_\_\_\_

Henkilötunnus \_\_\_\_\_

Nykyinen osoite \_\_\_\_\_ Postinumero/ja -toimipaikka \_\_\_\_\_

Puhelinnumero \_\_\_\_\_

**LÄHIOMAISET**

\_\_\_\_\_ Nimi \_\_\_\_\_ Sukulaisuussuhde \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Osoite \_\_\_\_\_ Puhelinnumero \_\_\_\_\_

**ASIOIDEN HOITAJA/EDUNVALVOJA**

\_\_\_\_\_ Nimi \_\_\_\_\_ Sukulaisuussuhde \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Osoite \_\_\_\_\_ Puhelinnumero \_\_\_\_\_

**ASUMINEN**

Asunto on  Omakotitalo  Rivitalo  Kerrostalo krs  Vanhustentalo/palvelutalo  
 Omistusasunto  Vuokra-asunto  Vailla vakituista asuntoa

Asuminen  Yksin  Ei, kenen kanssa \_\_\_\_\_

Käytettävissä on  Hissi  Portaat; missä ja millaiset \_\_\_\_\_

Lämmitys  Sähkö-/öljy  Muu, mikä \_\_\_\_\_

Mukavuudet  Vesijohto  Viemäri  Lämmin vesi  Sisä-WC  Suihku  Kylpyamme  
 Sauna

Lisätietoja asumisesta \_\_\_\_\_

**ULKOPUOLELTA SAATU APU**

Kotipalvelu \_\_\_\_\_ käyntiä/ vrk/vko/kk  Kotisairaanhoido \_\_\_\_\_ käyntiä /vrk/vko/kk

Läheinen, kuka \_\_\_\_\_ käyntiä/ vrk/vko/kk

Yksityinen hoitaja, kuka \_\_\_\_\_ käyntiä/vrk/vko/kk  Muu, kuka \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ käyntiä/vrk/vko/kk

Omaishoidontuki \_\_\_\_\_ €/kk. Hoitajan nimi \_\_\_\_\_

Vuorohoito, kuinka järjestetty \_\_\_\_\_

**KÄYTÖSSÄ OLEVA TUKIPALVELU**

Turvapuhelin  Ateriapalvelu  Kauppa-apu  Pesuapu  Muu, mikä \_\_\_\_\_

**KELAN HOITOTUKI**

Alin       Korotettu       Erityis

**PÄÄSY TEHOSTETTUUN PALVELUASUMISEN HAKEMISEEN****SUOSTUMUS**

Asiakas antaa luvan häntä koskevien tietojen käsittelyyn moniammatillisessa sosiaali- ja terveystoimen arviointi- ja sijoitustyössä sekä näiden tietojen siirtoon asiakkaan tulevaan hoitopaikkaan. Lisäksi hän antaa luvan terveydenhuollon Efficia Terveyskertomuksen ja Kotihoito-ohjelman tietojen yhteiskäyttöön.

Kyllä       Ei, perustelu

Vakuutan edellä olevat tiedot oikeiksi ja suostun niiden tarkistamiseen

Paikka ja aika

Allekirjoitus

Hakemuksen täytössä avustanut henkilö:

Nimi

**HENKILÖ, KENELLE VASTAUS HAKEMUKSESTA LÄHETETÄÄN:**

Nimi \_\_\_\_\_ Osoite \_\_\_\_\_

Postinumero ja -toimipaikka \_\_\_\_\_

**MUKAAN TARVITTAVAT LIITTEET: lisätietoja; terveyskeskus/tai kotihoito Ulla-Maija Haapalainen**

Lääkärin C-lausunto  
Toimintakyvyn arviointilomake (RAVA-Indeksi)  
Muistitesti CERAD

**Hakemuksen palautus:**

AURAN KUNTA  
Sosiaalitoimisto  
PL 24 (Nikkarinkuja 8)  
21381 Aura  
tai  
avopalvelun ohjaaja Ulla-Maija Haapalainen  
puh. 040 507 3492  
Varm.tavoitettavissa klo 8.30 – 11.30