



AURAN KUNTA
PERUSTURVALAUTAKUNTA

HAKEMUS OMAISHOIDON TUESTA

saapunut:
vastaanottaja:

HAKIJAA KOSKEVAT TIEDOT		
Henkilötiedot	Henkilön (hoidettavan) nimi	Henkilötunnus
	Osoite	Postinumero
	Sähköpostiosoite	Puhelin
	Perhesuhteet <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> avioliitossa <input type="checkbox"/> eronnut <input type="checkbox"/> avoliitossa <input type="checkbox"/> asumuserossa <input type="checkbox"/> leski	
	Lähin omainen, osoite, postinro ja puh.nro	
Perhetiedot	Hakijan perheen koko:.....perheenjäsentä Perheessä on..... alle 15-vuotiasta lasta, syntymävuodet:	
Asumistiedot	Asunnon koko: huonetta ja keittiö Mukavuudet: <input type="checkbox"/> wc <input type="checkbox"/> lämmin vesi <input type="checkbox"/> keskuslämmitys <input type="checkbox"/> puulämmitys <input type="checkbox"/> kylpyhuone/suihku <input type="checkbox"/> hissi .. as.kerros <input type="checkbox"/> sauna Onko asuntoon tehtyhakijan vamman edellyttämiä muutostöitä? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, milloin, mitä	
Sosiaaliturva	<input type="checkbox"/> kansaneläke <input type="checkbox"/> hoitotuki 1 2 3 <input type="checkbox"/> hakemus vireillä C/tod tehty_____	
	<input type="checkbox"/> työeläke	
	<input type="checkbox"/> muu eläke:	
	<input type="checkbox"/> kuljetuspalvelu	
	<input type="checkbox"/> rintamamies	
	<input type="checkbox"/> rintamaveteraani	
	<input type="checkbox"/> sotainvalidi _____%	
Kotiin annettavat palvelut	Palvelut nyt: kuinka usein:	Tarvittavat palvelut: kuinka usein:
Kotipalvelu / kotisairaanhoido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joku muu avustaja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En tarvitse palveluja	<input type="checkbox"/>	

HOIDETTAVAN TOIMINTAKYKY JA AVUNTARVE	
Liikkuminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> osin autettava <input type="checkbox"/> vuodepotilas miten:
Ateriointi	<input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> osin autettava <input type="checkbox"/> täysin autettava miten: dieetit:
Lääkitys	<input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> jaettava <input type="checkbox"/> valvottava
Peseytyminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> osin autettava <input type="checkbox"/> täysin autettava miten:
Pukeutuminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> osin autettava <input type="checkbox"/> täysin autettava miten:
Wc-toiminnot	<input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> toisen autamana <input type="checkbox"/> vaipat miten:
Näkö	<input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> heikko <input type="checkbox"/> sokea
Kuulo	<input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> heikko <input type="checkbox"/> kuuro <input type="checkbox"/> kuulolaite
Muisti	<input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> alentunut <input type="checkbox"/> muistamaton
Puhe	<input type="checkbox"/> puhuva <input type="checkbox"/> puhehäiriö <input type="checkbox"/> puhumaton
Käytössä olevat apuvälineet	<input type="checkbox"/> kyllä, mitä
<p>Onko hoidettava päivisin tai muutoin säännöllisesti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> koulussa, missä, aika matkoineen: <input type="checkbox"/> päiväkodissa, missä, aika matkoineen: <input type="checkbox"/> suojatyössä, missä, aika matkoineen: <input type="checkbox"/> päiväsairaalassa, miten usein, aika: <input type="checkbox"/> päiväkeskuksessa, miten usein, aika: <input type="checkbox"/> päivätoimintakeskuksessa, miten usein, aika: <input type="checkbox"/> muualla, missä, aika: 	
Laitoshoito	<p>Laitoshoitajaksot viimeisen 6 kuukauden aikana, hoidettavana sairaalassa tai muussa laitoksessa (esim. terveyskeskus ja palvelukeskukset)</p> <input type="checkbox"/> ei ole ollut laitoshoidossa <input type="checkbox"/> kyllä, missä, hoitoajat:
<p>Hakemus vireillä laitoshoitoon, palvelukotiin/ -taloon</p> <p>hakemus jätetty, koska/minne _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> ei haettu</p>	

Päivittäinen HOIDONTARVE	Kuvailkaa mahdollisimman tarkasti, mitä säännölliseen hoitoon, avustamiseen, ohjaamiseen tai valvontaan kuuluu.
Avuntarve aamulla: _____	

HOITAJAA KOSKEVAT TIEDOT

Henkilötiedot	Hoitajan nimi		henkilötunnus
	arvo tai ammatti	Puhelin	sähköpostiosoite
	osoite		postinumero
Hoitajan työssäkäynti	<input type="checkbox"/> kokopäivätyö <input type="checkbox"/> osa-aikatyö <input type="checkbox"/> työtön <input type="checkbox"/> eläke	työpuhelin <input type="checkbox"/> virkavapaus/työloma <input type="checkbox"/> hoitotyö on omaishoitajan päätyö (hoitaja työllistää itsensä omaishoitajana <input type="checkbox"/> muu ammattiasema, mikä	
Tiedot hoitosuhteesta	Hoitaja on hakijan <input type="checkbox"/> puoliso/avopuoliso <input type="checkbox"/> isä/äiti <input type="checkbox"/> muu omainen, kuka	<input type="checkbox"/> lapsi	
Mistä alkaen hoitaja hoitanut hakijaa?	<hr/>		
Onko hoitajalla tällä hetkellä muita hoidettavia?	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, nimi ja osoite:		
Jos hoitaja on hoidettavan lähiomainen, onko joutunut jäämään pois ansiotyöstä hoitaakseen tuen hakijaa?	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, milloin: _____		
Lisätietoja:	Hakeeko hakija ensisijaisesti kotona selviytymiseksi tarvittavia palveluja vai hoitopalkkiota. Miksi? <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
Allekirjoitus	/ / 20 paikka Hoidettavan allekirjoitus Hoitajan allekirjoitus		
Lääkärinlausunto, lomake C tai B, tai muu lääkärin antama selvitys, sekä sotilasvammalain piiriin kuuluvat (väh.25 %) Valtiokonttorin päätös			

Lomakkeiden palautus osoitteella: _____ :

**Auran kunta, sosiaalitoimisto
PL 24 21381 AURA**