OMAISHOIDONTUKIHAKEMUS

Saapumispäivä Vastaanottaja

HAKIJAA KOSKEVAT TIEDOT	
HENKILÖ-TIEDOT	Hakijan (hoidettavan) nimi Henkilötunnus
	Lähiosoite
	Postinumero ja postitoimipaikka Puhelin
	Perhesuhteet ☐ Naimaton ☐ Avoliitossa ☐ Avioliitossa ☐ Asumuserossa ☐ Eronnut ☐ 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 ☐ keskuslämmitys ☐ puulämmitys ☐ lämmin vesi ☐ WC ☐ kylpyhuone, suihku, sauna
	☐ ei hissiä _____ kerros
	Onko asuntoon tehty hakijan vamman edellyttämiä asunnonmuutostöitä? ☐ ei ☐ kyllä, milloin, mitä
NYKYISET AVO- JA TUKI-PALVELUT	☐ Kotipalvelu, miten usein ja mitä
	☐ Valvottu kotisairaanhoito, miten usein ja mitä
	☐ Joku muu perheen ulkopuolinen avustaja, kuka ja miten usein ja mitä
HOIDETTAVAN TOIMINTAKYKY JA AVUN TARVE	
KÄYTÖSSÄ OLEVAT APUVÄLINEET	☐ ei käytössä ☐ kyllä, mitä
LIIKKUMINEN	☐ itsenäisesti ☐ osin autettava, miten ☐ vuodepotilas, miten
SYÖMINEN	☐ itsenäisesti ☐ osin autettava, miten ☐ täysin autettava, miten
	☐ dieetti, mikä

PESEYTY-MINEN	☐ itsenäisesti ☐ osin autettava, miten ☐ täysin autettava, miten
PUKEUTU-MINEN	☐ itsenäisesti ☐ osin autettava, miten ☐ täysin autettava, miten
NÄKÖ	☐ hyvä ☐ heikko ☐ sokea
KUULO	☐ hyvä ☐ kuulolaite ☐ heikko ☐ kuuro
PUHUMINEN	☐ puhuva ☐ puhehäiriö ☐ puhumaton
PSYYKKINEN TOIMINTAKYKY	toiminta-kykyinen ☐ muisti heikentynyt ☐ muistamaton ☐ toimintakyky muutoin heikentynyt
WC-KÄYNTI	☐ itsenäisesti ☐ toisen autettava
PÄIVITTÄINEN HOIDONTARVE	Kuvailkaa mahdollisimman tarkasti mitä säännölliseen hoitoon, avustamiseen tai valvontaan kuuluu päiväaikaan:
	yöaikaan:
ONKO HOIDET-TAVA PÄIVISIN TAI MUUTOIN SÄÄNNÖLLI-SESTI	☐ koulussa, missä, aika _____ ☐ päiväkodissa, missä, aika _____ ☐ ☐ suojatyössä, missä, aika _____ ☐ päiväsairaalassa, miten usein _____ ☐ vuorohoidossa, missä ja miten usein _____ ☐ muualla, missä _____
LAITOSHOIDON KÄYTTÖ VIIMEKSI KULUNEEN VUODEN AIKANA	☐ ei ☐ kyllä, missä, hoitoajat
KELAN KORVAUKSET	Hoitotuki _____ €/kk Korotettu hoitotuki _____ €/kk Vammaistuki _____ €/kk Erityishoitotuki _____ €/kk Erityishoitoraha _____ €/pv

HOITAJAA KOSKEVAT TIEDOT		
HENKILÖ-TIEDOT	Hoitajan nimi	Henkilötunnus
	Arvo tai ammatti	Puhelin
	Lähiosoite	Postiosoite
HOITAJAN TYÖSSÄKÄYNTI	☐ kokopäivätyö, klo ☐ osapäivätyö, klo ☐ ei työssä ☐ eläkkeellä	
TIEDOT HOITO-SUHTEESTA	Hoitaja on hakijan ☐ puoliso/avopuoliso ☐ lapsi ☐ isä/äiti	
	☐ perheen ulkopuolinen palkattu hoitaja ☐ muu omainen, kuka	
	Mistä alkaen hoitanut hakijaa?	
	Onko hoitajalla tällä hetkellä muita hoidettavia? ☐ ei ☐ kyllä, nimi ja osoite	
	Jos hoitaja on hoidettavan lähiomainen, onko hän joutunut jäämään pois ansiotyöstä hoitaakseen tuen hakijaa? ☐ ei ☐ kyllä, milloin	
	Maksetaanko hoidosta avustusta jonkin muun lain nojalla? ☐ ei ☐ kyllä, paljonko ja mistä	
LISÄTIETOJA	Hoitajan sairaudet ja muu oleellinen	
TILINUMERO		
ALLEKIRJOI-TUKSET	_____ ____ / ____ 20 _____ _____ Hoidettavan allekirjoitus Hoitajan allekirjoitus	
LIITTEET	☐ Hoitajan osoitetiedot saa antaa Lakeuden Omaishoitajat ry:lle alueellisten tapahtumien tiedotusta	
LOMAKKEIDEN PALAUTUS JA LISÄTIETOJA	**Palveluohjaaja puh 4384 127 tai 044 4384 127**	