



## OMAISHOIDON TUKIHAKEMUS

Hakemus on saapunut \_\_\_\_\_

### HAKIJAN HENKILÖTIEDOT

Sukunimi ja etunimet (alleviivatkaa kutsumanimi)	
Nykyinen lähiosoite, postinumero ja postitoimipaikka	
Henkilötunnus	
Väestökirjalain mukainen kotipaikka	
Siviilisäätö <input type="checkbox"/> naimissa <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> avoliitossa <input type="checkbox"/> leski <input type="checkbox"/> eronnut	
Puolison nimi	Puolison henkilötunnus

### ASUMINEN

<input type="checkbox"/> kerrostalo (kerros)	<input type="checkbox"/> omakotitalo /montako kerrosta
<input type="checkbox"/> rivitalo	<input type="checkbox"/> laitoshoido, mikä
<input type="checkbox"/> asuu yksin	<input type="checkbox"/> asuu yhdessä, kenen kanssa?

### HAKIJAN TÄLLÄ HETKELLÄ SAAMAT PALVELUT

<input type="checkbox"/> säännöllinen kotihoito Saan apua päivittäin _____ tuntia tai Saan apua viikottain _____ kertaa	<input type="checkbox"/> saan apua/ iltaisin / viikonloppuisin/ öisin <input type="checkbox"/> tilapäinen kotihoito
<input type="checkbox"/> ateriapalvelu/ kertaa viikossa _____	<input type="checkbox"/> kuljetuspalvelu
<input type="checkbox"/> turvapuhelin/turva-auttaja	<input type="checkbox"/> päivätoiminta
<input type="checkbox"/> saan apua omaisilta, läheisiltä tai muilta toimijoilta (esim. yhdistykset). Minkälaista apua:	<input type="checkbox"/> hankin palveluita yksityiseltä palveluntuottajalta, mitä:



## HAKIJAN TOIMINTAKYKY

Liikkuminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti kodin ulkopuolella	<input type="checkbox"/> itsenäisesti sisällä	<input type="checkbox"/> apuvälineenä keppi/rollaattori, tms
	<input type="checkbox"/> pyörätuoli, johon voin itse siirtyä	<input type="checkbox"/> pyörätuoli, johon minut on autettava	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Pukeutuminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Peseytyminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
WC-käynnit	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Rakon toiminta	<input type="checkbox"/> tunnistaa tarpeen	<input type="checkbox"/> kastelee ajoittain	<input type="checkbox"/> katetri
Vatsan toiminta	<input type="checkbox"/> tunnistaa tarpeen	<input type="checkbox"/> tunnistaa tarpeen ajoittain	<input type="checkbox"/> toimitettava
Ruoan lämmitys ja ruokailu	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Siivous ja vaatehuolto	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Omien asioiden hoitaminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Vuorovaikutus toisten ihmisten kanssa	<input type="checkbox"/> ei ole ongelmia	<input type="checkbox"/> on ongelmia, minkälaisia	
Muisti	<input type="checkbox"/> muisti normaali	<input type="checkbox"/> ajoittain muistamaton	<input type="checkbox"/> muistamaton
Muistisairauteen liittyviä oireita	<input type="checkbox"/> sekava tai levoton	<input type="checkbox"/> aggressiivinen	<input type="checkbox"/> karkaileva
Kotona asumista vaikeuttavat tunteet	<input type="checkbox"/> pelokkuuden tunne voimakas	<input type="checkbox"/> turvattomuuden tunne voimakas	<input type="checkbox"/> yksinäisyyden tunne voimakas
Harhaisuus	<input type="checkbox"/> ei harhoja	<input type="checkbox"/> on harhoja	
Lääkkeiden otto	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Onko ongelmia lääkkeiden väärinkäytön, alkoholin tai muiden päihteiden kanssa		<input type="checkbox"/> ei ole	<input type="checkbox"/> on



Käytössä olevat apuvälineet

## HAKIJAN PÄÄDIAGNOOSI

(onko hakijalla esim. avanne, peg-letku, cystofix tai vastaava)

## PÄIVITTÄIN TARVITTAVAN HENKILÖKOHTAISEN AVUN JA HOIDON TARVE

## MITEN HAKIJA ITSE KOKEE SELVIYTYVÄNSÄ KOTONA TÄLLÄ HETKELLÄ

hyvin

melko hyvin

melko huonosti

huonosti



## HOITAJAN/ HOIDETTAVAN BRUTTOTULOT KUUKAUDESSA

Hoitajan	Hoidettavan
<input type="checkbox"/> palkkatulo/työeläke _____ €/kk	<input type="checkbox"/> palkkatulo/työeläke _____ €/kk
<input type="checkbox"/> kansaneläke _____ €/kk	<input type="checkbox"/> kansaneläke _____ €/kk
<input type="checkbox"/> muut tulot _____ €/kk	<input type="checkbox"/> muut tulot _____ €/kk
<input type="checkbox"/> KELAN hoitotuki 1 / 2 / 3 _____ €/kk	<input type="checkbox"/> KELAn hoitotuki 1/2/3 _____ €/kk

## HOITAJAN HENKILÖTIEDOT

Nimi	Henkilötunnus
ammatti	
osoite	
puhelinnumero	sähköpostiosoite
kenelle omaishoidontuki maksetaan	
tilinro IBAN	

Suunnitelma vapaiden järjestämisestä



## HAKIJAN ALLEKIRJOITUS

Suostun                       en suostu

Omaishoidon tuen tekemisen tarvittaviin tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta

päivämäärä, paikka

hakijan allekirjoitus ja nimenselvennys

Hakemuksen palautusosoite: Asiakasohjaaja, Hyvinvointikeskus, Torkontie 2, 37800 Akaa