

PERUSTURVAKESKUS

OMAIŠHOIDON TUKIHAKEMUS

Saapumispäivä

Vastaanottaja

HAKIJAA KOSKEVAT TIEDOT

Hakijan (hoidettavan) nimi	Henkilötunnus
Osoite	
Postinumero	Puhelin
Perhesuhteet <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> avioliitossa <input type="checkbox"/> avoliitossa <input type="checkbox"/> eronnut <input type="checkbox"/> leski <input type="checkbox"/> asumuserossa	

HOITAJAA KOSKEVAT TIEDOT

Hoitajan nimi	Henkilötunnus
Ammatti	Puhelin
Osoite	Postinumero
Hoitajan työssäkäynti <input type="checkbox"/> eläkkeellä <input type="checkbox"/> ei työssä <input type="checkbox"/> kokopäivätyö klo_____ <input type="checkbox"/> osapäivätyö klo _____	
Tiedot hoitosuhteesta: Hoitaja on hakijan <input type="checkbox"/> puoliso/avopuoliso <input type="checkbox"/> lapsi <input type="checkbox"/> perheen ulkopuolinen hoitaja <input type="checkbox"/> isä/äiti <input type="checkbox"/> muu omainen, kuka _____	
Mistä alkaen hoitanut hakijaa ?	
Onko hoitaja joutunut jäämään pois ansiotyöstä hoitaakseen tuen hakijaa? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, milloin	
Maksetaanko hoidosta avustusta jonkin muun lain nojalla ? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, paljonko ja mistä	

NYKYISET KOTIIN ANNETTAVAT PALVELUT

Kotihoito <input type="checkbox"/> kuinka usein ?
Kotisairaanhoito <input type="checkbox"/> kuinka usein ?
Joku muu avustaja <input type="checkbox"/> kuinka usein?
Käytössä olevat apuvälineet <input type="checkbox"/> ei käytössä <input type="checkbox"/> käytössä, mitä
Liikkuminen <input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> osin autettava, miten _____ <input type="checkbox"/> täysin autettava, miten _____ <input type="checkbox"/> vuodepotilas, miten _____
Syöminen <input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> osin autettava, miten _____ <input type="checkbox"/> täysin autettava, miten _____
Peseytyminen <input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> osin autettava, miten _____ <input type="checkbox"/> täysin autettava, miten _____
Pukeutuminen <input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> osin autettava, miten _____ <input type="checkbox"/> täysin autettava, miten _____
Näkö <input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> heikko <input type="checkbox"/> sokea
Kuulo <input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> kuulolaite <input type="checkbox"/> heikko <input type="checkbox"/> kuuro
Puhuminen <input type="checkbox"/> puhuva <input type="checkbox"/> puhehäiriö <input type="checkbox"/> puhumaton
Psyykkinen toimintakyky <input type="checkbox"/> toimintakykyinen <input type="checkbox"/> muisti heikentynyt <input type="checkbox"/> muistamaton <input type="checkbox"/> toimintakyky muuten heikentynyt
Wc- käynti <input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> toisen autettava <input type="checkbox"/> vaipat

Päivittäinen hoidontarve: Kuvailkaa mahdollisimmaan tarkasti mitä säännölliseen hoitoon, avustamiseen tai valvontaan kuuluu:

1) Päiväaikaan :

2) Yöaikaan :

Onko hoidettava päivisin tai muutoin säännöllisesti:

- koulussa, missä/aika
 päiväkodissa, missä/aika
 suojatyössä, missä/aika
 päiväkeskuksessa, missä/aika
 vuorohoidossa, missä/aika
 muualla, missä

Kelan korvaukset

- hoitotuki korotettu hoitotuki erityishoitotuki vammaistuki erityishoitoraha

Lisätietoja

Suostumus ja allekirjoitus

Allekirjoittaessani hakemuksen suostun samalla, että hakemusta käsittelevä työntekijä voi pyytää muilta viranomaisilta sellaisia hakijaa koskevia tietoja, mitkä ovat hakemuksen käsittelyssä tarpeellisia.

Allekirjoitus ja päiväys
Nokialla

Hoidettavan allekirjoitus

Hoitajan allekirjoitus

Palautus:

Hoidettavan ollessa yli 65-vuotias

Asiakasohjaus

Nokianvaltatie 25 F, 37100 Nokia

Hoidettavan ollessa alla 65-vuotias

Vammaistyön sosiaaliohjaaja

Harjukatu 21, 37100 Nokia

Liitteet:

Hoidettavan lääkärinlausunto: lomake C