

1. Hoidettavan henkilötiedot	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite	Postinumero ja postitoimipaikka
	Puhelin	Kotikunta
2. Hoitajan henkilötiedot	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite	Postinumero ja postitoimipaikka
	Puhelin	Sähköposti
	Hoitajan suhde hoidettavaan <input type="checkbox"/> vanhempi <input type="checkbox"/> puoliso <input type="checkbox"/> muu läheinen, kuka	
	Hoitaja asuu <input type="checkbox"/> yhdessä hoidettavan kanssa <input type="checkbox"/> erillään	
	Hoitaja on <input type="checkbox"/> kokopäivätyössä <input type="checkbox"/> osapäivätyössä h / viikko <input type="checkbox"/> määräaikainen asti <input type="checkbox"/> eläkkeellä <input type="checkbox"/> työtön <input type="checkbox"/> opiskelija <input type="checkbox"/> muu, mikä?	
	Vaikuttaako hoitajan oma terveydentila hoitotyöhön? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei Miten? Tarvittaessa esitettävä lääkärinlausunto.	
3. Hoidettavan toimintakyky	Mistä päivittäisistä toiminnoista hoidettava selviytyy omatoimisesti?	
	Sairauden tai vamman diagnoosi: lyhyt kuvaus hoidettavan terveydentilasta?	
	Millä tavoin sairaus/vamma rajoittaa hoidettavan elämää?	
	Mitä apuvälineitä hoidettavalla on käytössä?	
4. Kuvaus hoidettavan tarvitsemista	Ruokailu:	

Vanhus- ja vammaispalvelut
OMAISHOIDON TUEN HAKEMUS

avustustoimista	Pukeutuminen:
	Wc/peseytyminen/saunominen:
	Liikkuminen:
	Lääkehoito:
	Aistitoiminnot ja vuorovaikutustaidot:
	Millaista apua hoidettava tarvitsee öisin?
	Onko turvattomuutta? Minkälaista?
	Onko ystäviä ja harrastuksia?
	Tarvitseeko apua muussa, missä?
	Tuleeko hoidettava yksin toimeen päivisin? <input type="checkbox"/> kaksi tuntia <input type="checkbox"/> kuusi tuntia <input type="checkbox"/> yhdeksän tuntia <input type="checkbox"/> 12 tuntia <input type="checkbox"/> ei voi olla yksin lainkaan
	Tarvitseeko hoidettava yöllä toisen apua? <input type="checkbox"/> ei lainkaan <input type="checkbox"/> yhden kerran <input type="checkbox"/> kaksi kertaa <input type="checkbox"/> kolme kertaa <input type="checkbox"/> vaihtelee, kertaa
	Mitä kunnan järjestämiä palveluja käytätte ja kuinka usein?
	Miten hoidettavan hoito on järjestetty tällä hetkellä?
	5. Etuudet ja tuet
<p>Kelan etuudet ja tuet</p> <p><input type="checkbox"/> hoitotuki €/kk <input type="checkbox"/> hakemus vireillä <input type="checkbox"/> haettu, ei myönnetty</p> <p><input type="checkbox"/> kuntoutusraha €/kk</p> <p><input type="checkbox"/> vammaistuki €/kk</p> <p><input type="checkbox"/> muu mikä €/kk</p> <p>Oletteko hakeneet omaishoidon tukea aikaisemmin?</p>	

	<input type="checkbox"/> Kyllä, vuonna <input type="checkbox"/> En
6. Lisätiedot/ työntekijän merkinnät	
7. Suostumus ja allekirjoitukset	<input type="checkbox"/> Suostun siihen, että hakemusta käsittelevä työntekijä voi pyytää muilta viranomaisilta tarvittavia lisätietoja. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) § 14-20. Asiakastietonne rekisteröidään Muuramen kunnan Sosiaali-Effica asiakastietojärjestelmään. Rekisteriseloste on nähtävissä palveluyksikössä. Vakuutamme antamamme tiedot oikeiksi. Päiväys ja allekirjoitukset Hakemuksen täyttämässä on avustanut (nimi ja puhelinnumero)
8. Liitteet	Lääkärin lausunto, joka sisältää selvityksen hakijan vammasta tai sairaudesta sekä toimintakyvystä ja muut tarvittavat selvitykset. <input type="checkbox"/> Liitteenä <input type="checkbox"/> Toimitettu aiemmin <input type="checkbox"/> Toimitetaan myöhemmin
9. Palautus	Hakemus palautetaan osoitteella: Muuramen terveysasema Vanhus- ja vammaispalvelut PI 1, Virastotie 10 40951 Muurame