

## OMAISHOIDONTUKIHAKEMUS



Saapumispäivä:

Vastaanottaja:

### HOIDETTAVAA KOSKEVAT TIEDOT

Hoidettavan nimi	Henkilötunnus
Osoite	Puhelinnumero
Perhesuhteet <input type="checkbox"/> Alaikäinen <input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> Avio- / avoliitossa <input type="checkbox"/> Eronnut <input type="checkbox"/> Leski <input type="checkbox"/> Asumuserossa	Samassa taloudessa asuvat henkilöt
Lähiomainen: nimi, osoite, puhelinnumero	Onko hoidettava sotainvalidi?

### HOITAJAA KOSKEVAT TIEDOT

Hoitajan nimi	Henkilötunnus
Osoite	Puhelinnumero koti / työ
Ammatti	Työssäkäynti <input type="checkbox"/> Eläke <input type="checkbox"/> Ei työssä <input type="checkbox"/> Kokopäivätyö <input type="checkbox"/> Osapäivätyö
Asuuko samassa taloudessa hoidettavan kanssa?	Onko hoitajalla muita hoidettavia?
Hoitajan suhde hoidettavaan <input type="checkbox"/> Puoliso / avopuoliso <input type="checkbox"/> Lapsi <input type="checkbox"/> Vanhempi <input type="checkbox"/> Joku muu, mikä _____	Mistä alkaen hoitaja on hoitanut hoidettavaa?
Vaikuttaako hoitajan oma terveydentila hoitotyöhön? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, miten	
Tarvittaessa esitettävä lääkärinlausunto.	

## OMAISHOIDONTUKIHAKEMUS



### HOIDETTAVAN TOIMINTAKYKY JA AVUNTARVE

Diagnoosit:

Käytössä olevat apuvälineet:

### Mitä apua hoidettava tarvitsee seuraavissa toiminnoissa:

Liikkuminen:

Syöminen:

Pukeutuminen:

Peseytyminen ja wc-käynnit:

Lääkehoito ja hoitotoimenpiteet:

Näkö:  Hyvä  Heikko  Sokea

Kuulo:  Hyvä  Heikko  Kuuro

Puhe:  Hyvä  Puhehäiriö  Puhumaton

Psyykinen toimintakyky:  Toimintakykyinen  Toimintakyky alentunut  Muistisairas  
Miten alentunut

Tuleeko hoidettava toimeen yksin päiväaikaan

Ei  Kyllä, kuinka kauan

Tarvitseeko hoidettava apua öisin?

Ei  Kyllä, minkälaista apua ja kuinka monta kertaa?

Hoitajan antama apu on:

Ympäri vuorokautista  Kokopäiväistä  Päivittäistä  Viikoittaista

## OMAISHOIDONTUKIHAKEMUS



### HOIDETTAVAN NYKYISET PALVELUT

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kotipalvelu               | käyntiä vuorokaudessa / viikossa / kuukaudessa |
| <input type="checkbox"/> Kotisairaanhoido          | käyntiä vuorokaudessa / viikossa / kuukaudessa |
| <input type="checkbox"/> Ateriapalvelu             | kertaa viikossa                                |
| <input type="checkbox"/> Kuljetuspalvelu           | matkaa kuukaudessa                             |
| <input type="checkbox"/> Turvapuhelin              |  |
| <input type="checkbox"/> Siivouspalvelu            |  |
| <input type="checkbox"/> Henkilökohtainen avustaja | tuntia viikossa / kuukaudessa                  |
| <input type="checkbox"/> Muu, mikä                 |  |

### Onko hoidettava päivisin tai muuten säännöllisesti

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Koulussa, missä                      |
| <input type="checkbox"/> Päiväkodissa, missä                  |
| <input type="checkbox"/> Päivä- tai työtoiminnassa, missä     |
| <input type="checkbox"/> Vuoro- tai intervallihoidossa, missä |
| <input type="checkbox"/> Muualla, missä                       |

### Muut palvelut (esim. omainen, naapuri)

### Kelan palvelut / etuudet

- |   |      |                                      |       |
|---|------|--------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Eläkkeensaajan hoitotuki | €/kk | <input type="checkbox"/> Vammaistuki | €/kk  |
| <input type="checkbox"/> Erytishoitoraha          |      | <input type="checkbox"/> Muu, mikä   | _____ |

### Lisätietoja:

## OMAISHOIDONTUKIHAKEMUS



### SUOSTUMUS JA ALLEKIRJOITUKSET

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

Päiväys \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hoidettavan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

Hoitajan allekirjoitus

### Liitteet

Liitä hakemukseen lääkärin kirjoittama lausunto hoidettavan terveydentilasta.  
Lausunto ei saa olla puolta vuotta vanhempi.

### Hakemuksen ja liitteiden palautus:

Limingan kunta /Sosiaalipalvelut  
Lakeustalo  
Liminganraitti 10, 3 krs  
91900 LIMINKA

Lisätietoja saa tarvittaessa

Alle 65 vuotiaat: sosiaaliohjaaja, puh. 050 363 7444, arkisin klo 10-11

Yli 65 vuotiaat: sosiaaliohjaaja, puh. 046 9229969, arkisin klo 9-15