



HAKEMUS IKÄÄNTYNEIDEN PÄIVÄTOIMINTAAN Saapunut __, __ 20 __

Hakijan tiedot

Etunimi _____ Sukunimi _____

Henkilötunnus _____ Puh.nro _____

Osoite _____

Asun: yksin puolison kanssa jonkun muun kanssa kenen _____

Tarvitsen päivätoimintaa koska _____

Erytisruokavalio: _____

Sairaudet ja allergiat: _____

Päivätoiminnassa otettavat lääkkeet: _____

Toimintakyky/avuntarve: _____

Kuuloni on hyvä alentunut kuuro Näen hyvin heikosti sokea

Apuvälineet: _____

Onko käytössä: Kuulolaite Sydämentahdistin Marevan Nitro Insuliini

Olen: Kotihoidon asiakas Omaishoidettava

Harrastukset/mielenkiinnon kohteet: _____

Tarvitsen päivätoimintaan kuljetuksen (kuljetusmaksu on linja-autotaksan mukainen)

Lähiomainen/yhteyshenkilö: _____

Hakijan allekirjoitus _____

Hakemuksen palautus

Postiosoite: Limingan vanhustalokeskus, kakarakuja 2, 2krs, 91900 Liminka

Käyntiosoite: Limingan vanhustalokeskus, kakarakuja 2, 3. kerros, 91900 Liminka

