

SOMERON KAUPUNKI
Perusturva

HAKEMUS TEHOSTETTUUN PALVELUASUMISEEN

Hakemuksen palautusosoite:
Palveluohjaaja Tanja Mainio
Turuntie 44
31400 SOMERO
Puh. 044 7792 610

Hakemuksen saapumispäivä ____/____/20____

HENKILÖTIEDOT

Sukunimi ja etunimet (puhuttelunimi alleiviivattuna)

Henkilötunnus

Arvo tai ammatti (ent.)

Avio-/avoliitossa Naimaton Leski Eronnut

Syntymäpaikka

Väestökirjalain mukainen kotipaikka

Väestörekisteri (seurak. nimi/siv.rek.)

Nykyinen osoite

Postinumero ja- toimipaikka

Puhelinnumero

LÄHIOMAINEN

Tiedonsaantioikeus

Nimi

Sukulaisuussuhde

Osoite

Puhelinnumero

ASIOIDEN HOITAJA / EDUNVALVOJA

Tiedonsaantioikeus

Nimi

Sukulaisuussuhde

Osoite

Puhelinnumero

ASUMINEN

Asunto on Omakotitalo Rivitalo Kerrostalo ____ krs Vanhustentalo/palvelutalo
 Omistusasunto Vuokra-asunto Vailla vakituista asuntoa
Asuminen Yksin Ei, kenen kanssa _____
Käytettävissä on Hissi Portaat
Lämmitys Sähkö-/öljy Muu, mikä _____
Mukavuudet Vesijohto Viemäri Lämmin vesi Sisä-WC Suihku Kylpyamme Sauna

Lisätietoja asumisesta _____

=====

ULKOPUOLELTA SAATU APU

Kotihoito ____ kertaa vrk / vk / kk
 Läheinen, kuka _____ kertaa vrk / vk / kk
 Yksityinen hoitaja, kuka _____ kertaa vrk / vk / kk Muu, kuka _____ kertaa vrk / vk / kk
 Omaishoidontuki _____ € / kk Hoitaja _____
 Vuorohoito, kuinka järjestetty _____

KÄYTÖSSÄ OLEVAT TUKIPALVELUT

Turvapuhelin Ateriapalvelu Kauppapalvelu Saunapalvelu Pyykkipalvelu Päiväkeskus

KELAN HOITOTUKI

Alin

Korotettu

Erityis-

=====

PÄÄSYY TEHOSTETTUUN PALVELUASUMISEEN HAKEMISEEN

SUOSTUMUS: Asiakas antaa luvan häntä koskevien tietojen käsittelyyn moniammatillisessa sosiaali- ja terveystoimen arviointi- ja sijoitustyössä sekä näiden tietojen siirtoon asiakkaan tulevaan hoitopaikkaan. Lisäksi hän antaa luvan terveydenhuollon LifeCareTerveyskertomuksen ja Kotihoito-ohjelman tietojen yhteiskäyttöön.

Kyllä Ei, perustelu _____

Vakuutan edellä olevat tiedot oikeiksi ja suostun niiden tarkistamiseen

Paikka ja aika

Allekirjoitus

MUKAAN TARVITTAVAT LIITTEET:

Lääkärintlausunto

Toimintakyvyn arviointilomake (RAI, hoitaja täyttää)

Muistitesti MMSE Pvm _____

Tulos: _____

PAIKKATOIVE:

Mikäli Teillä on toive hoitopaikan suhteen, rastittakaa ensisijainen toive. Tehostetun palveluasumisen paikkaa myönnettäessä **pyritään** ottamaan huomioon toive paikan sijainnista.

Palvelutalo Tervaskanto

Mäntykoti

Katajakoti

Muu mikä _____

HENKILÖ KENELLE VASTAUS HAKEMUKSESTA LÄHETETÄÄN:

Nimi

Osoite

Postinumero ja -toimipaikka

**HOITOHENKILÖKUNNAN / HOITAJAN ARVIO TEHOSTETTUUN PALVELUASUMISEEN
HAKEVAN HENKILÖN TOIMINTAKYVYSTÄ**

Nimi _____ Henkilötunnus _____

FYYSINEN TOIMINTAKYKY

Liikkuminen _____

Pukeutuminen _____

Peseytyminen _____

WC-käynnit _____

Ruokailu _____

Lääkkeiden ottaminen _____

PSYKKINEN TOIMINTAKYKY

SOSIAALINEN TOIMINTAKYKY

PÄÄSYT TEHOSTETTUUN PALVELUASUMISEEN HAKEMISEEN

LISÄTIETOJA

SELVITYKSEN TEKOON OSALLISTUNEET

PVM ____ / ____ 20 ____

Nimi

Ammatti

Puhelinnumero

Nimi

Ammatti

Puhelinnumero

Nimi

Ammatti

Puhelinnumero