

**SOMERON KAUPUNKI**  
**Perusturva**

**HAKEMUS TEHOSTETTUUN PALVELUASUMISEEN**

Hakemuksen palautusosoite:

GcgjUU]hc]a ]ghc

Rè) à cãÆ

PL5, 31401 Somero

Puh. 040 1268 225

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-

=====

**PÄÄSY 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:**

Lääkärinlausunto

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