

HAKEMUS YMPÄRIVUOROKAUTISEEN HOITOOON

Saapunut ___ / ___ 20__

Asiakas: _____

Sotu _____

Osoite: _____

Puh: _____

Lähiomainen: _____

Puh. _____

Edunvalvoja: _____

Puh. _____

ASUMINEN

Yksin _____ Yhdessä puolison kanssa _____ Yhdessä lähiomaisen kanssa _____

Asumismuoto (esim. hissillinen kerrostalo) _____

KELAN MYÖNTÄMÄ HOITOTUKI:

Ei tukea _____ Alin _____ Korotettu hoitotuki _____ Erityishoitotuki _____

NYKYISET PALVELUT

Kotihoito _____

Käyntitiheys _____ krt/pv

Tukiasumisen tiimi _____

Käyntitiheys _____ krt/vko

Vammaispalvelu, mikä? _____

Käytössä olevat tukipalvelut:

Ateriapalvelu: _____ krt/vk

Seniorikeskus: _____ krt/vk _____ krt/kk

Turvapuhelin/turvahälytin: _____

Omaishoidontuki: _____ Muu tuki, mikä: _____

Intervallijaksot: _____ käy säännöllisesti _____ epäsäännöllisesti _____ ei lainkaan

Kuljetuspalvelu (vammaispalvelulain mukainen / sosiaalihuoltolain mukainen) _____

KÄYTÖSSÄ OLEVAT APUVÄLINEET

SAIRAALAJAKSOT (viimeisen vuoden sisällä)

TOIMINTAKYKY / ASIAKKAAN VOIMAVARAT

Kuvaus toimintakyvystä (fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä muistitoiminnot, selviytyminen yöaikaan):

Asiakkaan näkemys omasta tilanteesta ja jatkohoidosta sekä keskeisestä syystä, miksi ei kotona selviä:

Omaisen näkemys läheisensä tilanteesta ja jatkohoidosta sekä keskeisestä syystä, miksi kotona ei selviä:

Lisätietoja voi tarvittaessa kysyä numerosta: _____

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi. Annan suostumukseni hakemuksen käsittelyyn SAS-työryhmässä sekä tarvittavien lisätietojen hankintaan.

Paikka ja aika _____ / _____ 20 _____

Hakijan allekirjoitus (poikkeustapauksissa hänen edustajansa allekirjoitus)

Lomake palautetaan:

Äänekosken kaupunki / Arjen tuki
Palveluvastaava Anne Harjula
PL 24
44101 Äänekoski