

KEMIÖNSAAREN KUNTA HAKEMUS

Peruspalveluosasto/Manelius
Vretantie 19
25700 Kemiö

Tehostettu palveluasuminen
Dementiaosasto
Laitoshoidto
Päivätoiminta

Hakemus vastaanotettu / 20__

Muuta _____

HAKIJAN HENKILÖTIEDOT	Nimi		Henkilötunnus	
	Lähiosoite ja puhelinnumero			
	Postinumero ja -toimipaikka		Ammatti (entinen)	
	Perhesuhteet <input type="checkbox"/> avioliitto <input type="checkbox"/> naimaton	<input type="checkbox"/> eronnut <input type="checkbox"/> avioliitto	<input type="checkbox"/> leski	
NÄRMASTE ANHÖRIG	Puoliso		Henkilötunnus	
	Muu lähiomainen/edunvalvoja (nimi, osoite, puhelinnumero)			
TERVEYDENTILA	Diagnoosi			
HOITOTUKI	KELA:n maksama hoitotuki <input type="checkbox"/> Kyllä _____ € <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Hakemus jätetty ___ / ___ 20			
ASUMINEN	Asunto on <input type="checkbox"/> Omakotitalo <input type="checkbox"/> Rivitalo <input type="checkbox"/> Kerrostalo <input type="checkbox"/> omistusasunto <input type="checkbox"/> vuokra-asunto <input type="checkbox"/> kevyt palveluasuminen <input type="checkbox"/> vailla asuntoa			
	Asun <input type="checkbox"/> yksin <input type="checkbox"/> ei, kenen kanssa		Käytettävissä on <input type="checkbox"/> hissi <input type="checkbox"/> portaat	
	Lämmitys <input type="checkbox"/> sähkö/öljy <input type="checkbox"/> muu, mikä _____			
	Mukavuudet <input type="checkbox"/> vesijohto <input type="checkbox"/> viemäri <input type="checkbox"/> sisä-WC <input type="checkbox"/> lämmin vesi <input type="checkbox"/> suihku <input type="checkbox"/> kylpyamme			
	Lisätietoja asumisesta			

Liikuntakyky	<input type="checkbox"/> Hyvä <input type="checkbox"/> rajoitettu <input type="checkbox"/> liikuntakyvytön <input type="checkbox"/> käyttää apuvälineitä, mitä? _____
Aistit	Näkö <input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> heikko <input type="checkbox"/> sokea Kuulo <input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> heikko <input type="checkbox"/> kuuro <input type="checkbox"/> käyttää kuulokojetta
Henkinen tila	<input type="checkbox"/> asiallinen, rauhallinen <input type="checkbox"/> muistamattomuutta <input type="checkbox"/> sekava, levoton <input type="checkbox"/> muuta _____

HOIDON TARVE

Päivittäiset toiminnot		itsenäinen	tarvitsee vähän apua	tarvitsee apua
Syöminen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pukeutuminen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peseytyminen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WC-käynnit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virtsan ja ulosteen pidätyskyky		<input type="checkbox"/> normaali	<input type="checkbox"/> ajoittain puutteellinen	<input type="checkbox"/> puutteellinen

ULKOPUOLELTA SAATU APU

Omaisten työpanos Minkälainen apu?	
Kotipalvelu	<input type="checkbox"/> säännöllinen _____ krt/ <input type="checkbox"/> tilapäinen
Kotisairaanhoido	<input type="checkbox"/> säännöllinen _____ krt/ <input type="checkbox"/> tilapäinen
Tukipalvelu	<input type="checkbox"/> ateriapalvelu <input type="checkbox"/> kuljetuspalvelu <input type="checkbox"/> kylvetyspalvelu <input type="checkbox"/> turvapuhelin <input type="checkbox"/> vaatehuolto <input type="checkbox"/> muu _____
Muu avohoito	<input type="checkbox"/> päivä-keskus <input type="checkbox"/> henkilökohtainen avustaja <input type="checkbox"/> omaishoidontuki <input type="checkbox"/> jaksottainen intervallihoito <input type="checkbox"/> perhehoito _____
Päivämäärä ja allekirjoitus	
Mahdollisen edunvalvojan allekirjoitus	
Henkilö, kenelle vastaus hakemuksesta lähetetään	Nimi Lähiosoite ja puhelinnumero Postinumero och -toimipaikka