



**KUST-ÅSTERBOTTENS SAMKOMMUN  
FÖR SOCIAL- OCH PRIMÄRHÄLSOVÅRD**

Kaskinen  Korsnäs  Kristiinankaupunki

Maalahti  Närpiö

**Hakemus koskee**

- Aktivoivaa lyhytaikaishoitoa / Päivätoimintaa  
 Asumispalvelua  
 Kotipalvelua  
 Intervallihoitoa/Kuntoutusta  
 Omaishoitoa  
 Palveluntarpeen arviointia  
 Tukipalveluja

Hakemus saapunut \_\_\_\_/\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

**Hakija**

Nimi \_\_\_\_\_

Henkilötunnus \_\_\_\_\_

Osoite \_\_\_\_\_

Puh. \_\_\_\_\_ Kotipaikka \_\_\_\_\_

**Lähiomainen/yhteyshenkilö**

Nimi \_\_\_\_\_

Sukulaisuussuhde \_\_\_\_\_

Osoite/puh. \_\_\_\_\_

**Yhteydenpito omaisiin**

Päivittäin  Viikoittain  Kuukausittain  Ei yhteyttä

Vierailu  Puhelimitse

**Anomus asumispaikasta/lyhytaikaishoidosta**

**Asumispaikka**

- Kaskisissa  
 Korsnäsissä  
 Kristiinankaupungissa  
 Maalahdessa  
 Närpiössä  
 Ei väliä

**Aktivoitu lyhytaikaishoito**

- Päivätoiminnassa  
 Dementiayksikössä
- Kaskinen  
 Korsnäs  
 Kristiinankaupunki  
 Maalahti  
 Närpiö

**Palvelujen hakemisen syy**

## Taustatiedot

Seuraavat sairaudet vaikuttavat eniten kykyyni suoriutua itsenäisesti jokapäiväisestä elämästä.

Mitä apua/apuvälineitä tarvitsette tällä hetkellä seuraavissa toiminnoissa?

Siirtyminen \_\_\_\_\_

Pukeutuminen \_\_\_\_\_

Peseytyminen \_\_\_\_\_

WC-käynti \_\_\_\_\_

Ruokailu \_\_\_\_\_

Kodin hoito \_\_\_\_\_

Lääkkeet \_\_\_\_\_

Kauppa- ja pankkiasiat \_\_\_\_\_

Edunvalvonta \_\_\_\_\_

Muisti	<input type="checkbox"/>	normaali	<input type="checkbox"/>	huonontunut	<input type="checkbox"/>	muistamaton	MMSE _____	Päivämäärä _____
Näkö	<input type="checkbox"/>	normaali	<input type="checkbox"/>	heikentynyt	<input type="checkbox"/>	sokea		
Kuulo	<input type="checkbox"/>	normaali	<input type="checkbox"/>	huono	<input type="checkbox"/>	kuuro		
Puhe	<input type="checkbox"/>	normaali	<input type="checkbox"/>	epäselvä	<input type="checkbox"/>	afasia		

Avuntarve öisin \_\_\_\_\_

Kuinka kauan pärjätte ilman toisen apua? \_\_\_\_\_

Palvelut/kuinka usein?

<input type="checkbox"/>	kotipalvelu	_____
<input type="checkbox"/>	yöpartio	_____
<input type="checkbox"/>	kotisairaanhoido	_____
<input type="checkbox"/>	lyhytaikaishoito	_____

<input type="checkbox"/>	ruokapalvelu	_____
<input type="checkbox"/>	turvapuhelin	_____
<input type="checkbox"/>	päiväkeskus	_____

Kelan hoitotuki

ei ole  pienin  korotettu  erityistuki

Omaishoidon tuki

\_\_\_\_\_

Hakija asuu toisessa kunnassa

Missä \_\_\_\_\_

Asuu palveluasunnossa tai on laitoshoidossa

Missä \_\_\_\_\_

Palvelukoordinaattori arvioi oikeaa hoitotasoa hoitoisuuden perusteella.  
Asiakkaan omat toivomukset otetaan huomioon mahdollisimman pitkälle.

**Yllä olevaan viitaten haen seuraavaa palvelua** \_\_\_\_\_

Suostun siihen, että palvelukoordinaattori tarvittaessa pyytää täydentäviä tietoja  
hoidontarpeestani tk:lta, sairaalalta tai muulta taholta.

**Jos asumispaikka todetaan tarpeelliseksi, otan sen vastaan heti kun se on käytettävissä.**

Paikka ja päivämäärä \_\_\_\_\_

Allekirjoitus \_\_\_\_\_

Tietoja ei luovuteta ulkopuoliselle.

Jos hakemuksen täyttää muu kuin hakija, syy on ilmoitettava.

Miksi? \_\_\_\_\_

**Hakemus palautetaan**

**Kaskinen**

**Kaskisten kaupunki**

Perusturvatoimisto  
Raatihuoneenkatu 34  
64260 Kaskinen

**Korsnäs**

**Korsnäsin kunta**

Johanna Björkman  
Rantatie 4323  
66200 Korsnäs

**Kristiinankaupunki**

**Perusturvakeskus**

Palvelukoordinaattori  
Lapväärtintie 10  
64100 Kristiinankaupunki

**Maalahti**

**Malahden kunta**

Vanhustenhuollon ohjaaja  
Malminkatu 5  
66100 Maalahti

**Närpiö**

**Närpiön kaupungin perusturvaosasto**

Sos.työntekijä  
Kirkkotie 6  
64200 Närpiö

Lääkärintlausunto oheistetaan