

Saapumispäivämäärä:  
/ 201

### HAKEMUS VANHUSPALVELUIHIIN

- Perhehoito  
 Kotihoito  
 Palveluasuminen  
 Tehostettu palveluasuminen

<b>Hakijan tiedot</b>	Sukunimi ja Etunimet	Henkilötunnus
	Osoite	Puhelinnumero
	Sotaveteraani <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	Sotainvalidi <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> Ei
<b>Kotikunta</b>		
<b>Siviilisäätty</b>	<input type="checkbox"/> Avioliitto <input type="checkbox"/> Avoliitto <input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> Eronnut <input type="checkbox"/> Leski	
<b>Omaisien, yhteys henkilön tiedot</b>	Nimi ja osoite	Puhelinnumero
		Koti: <input type="text"/>
		Työ: <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Edunvalvoja <input type="text"/>	
<b>Keneen otetaan yhteyttä hakemukseen liittyen?</b>		
<input type="checkbox"/> Hakija <input type="checkbox"/> muu yhteys henkilö		
<b>TILANNE HAKUHETKELLÄ:</b>		
<b>Asuminen</b>	Rastita vaihtoehdot:	
	<input type="checkbox"/> Asun yksin <input type="checkbox"/> Asun puolison / jonkun muun kanssa, kenen:	
	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> Kerrostalo <input type="checkbox"/> Rivitalo <input type="checkbox"/> Omakotitalo <input type="checkbox"/> Palveluasuminen	
	Jos asutte puolison kanssa, hakeeko myös hän palveluja?	
	<input type="checkbox"/> Kyllä (hänen tulee täyttää oma hakemus) <input type="checkbox"/> Ei	
	Lisätietoja asumisesta ja asunnosta. Onko asunnossanne asioita, jotka vaikeuttavat liikkumista ja toimintaa? (esim. portaita, puulämmitys, pesutilat, hissittömyys)	

--	--

<b>Terveys ja toimintakyky</b>	Lyhyt kuvaus hakijan terveydentilasta, sairauksista: <input type="text"/>
--------------------------------	--

<b>Ulkopuolelta saatu apu</b>	Käykö teillä kunnallinen kotihoito? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Alkaen <input type="text"/> Käyntien lukumäärä: <input type="text"/>  Mitä apuja tarvitsette toiselta ihmiseltä ja kuka / ketkä auttavat? <input type="text"/>
-------------------------------	---

<b>Etuudet</b>	Saatteko omaishoidontukea? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Saatteko hoitotukea?                      Onko teille myönnetty kuljetuspalvelua? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Ei
----------------	---

<b>Ravinto</b>	Onko teille myönnetty ateriapalvelua? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei                      Montako ateriaa <input type="text"/> / viikko <input type="checkbox"/> Kotiin kuljetettu ateria <input type="checkbox"/> Yksityinen <input type="checkbox"/> Menumat
----------------	--

ARJEN SUJUMINEN HAKUHETKELLÄ						
		TOIMINNOISTA HUOLEHTII				
		Itse / ei tarvetta	Omainen	Kotihoito	Yksityinen	Muu, mikä
Henkilökohtainen hygieniä	pukeutuminen. riisuminen					
	suun hoito					
	ihon hoito					
	vuoteen petaus					
	WC käynti					
	peseytyminen					
	vaipat					
Liikkuminen	kuljetukset					
	liikkumisen ylläpitäminen					
	ulkoilu					
Ateriat	aamupala					
	lounas					
	päivällinen					
	iltapala					
	ruoan lämmitys					
	vaatehuolto					
	siivous					
Lääkehuolto	koneellinen annosjakelu					
	reseptien uusiminen apteekkiasioinnit					
	lääkkeiden anto / oton seuranta					



## VALINTAPERUSTEET JA ASIAKASOHJAUS

1. Asiakasvalinnan ratkaisee palveluiden tarve, joka arvioidaan yksilöllisesti asiakasta kuullen.
2. Arvioinnit perustuvat yhtenäisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn arviointiin.
3. Hakija ohjataan niiden palveluiden piiriin, mihin hän palvelutarpeen ja toimintakyvyn arvioinnin perusteella kuuluu.
4. Hakija voi esittää toiveita palveluista / palveluasumispaikasta, mutta hoivapaikkaa ei voi valita, vaan paikan määrää palvelun tarve ja vapautuvat paikat.
5. Palvelupäätös tarkistetaan aina hakijan toimintakyvyn / olosuhteiden muuttuessa. Palveluita voidaan muuttaa. Lisätä tai lopettaa toimintakyvyn muuttuessa.

Paikka ja aika

Hakijan tai hänen edustajansa allekirjoitus

Nimenselvennys

Suostun tietojen hankkimiseen terveys- ja sosiaalialan tietojärjestelmistä, sekä tarvittaessa muilta minua hoitavilta tahoilta ja siihen että tietojani voidaan käsitellä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisista muodostuvassa vanhuspalveluiden työryhmässä.

PALAUTUS: Asiakasohjausyksikkö Alviina  
Lääkärintie 1  
62900 Alajärvi

### VIRANOMAINEN TÄYTTÄÄ:

Käsittelyn alkamispäivä: \_\_\_\_\_

Päätöspäivä: \_\_\_\_\_