

## OMAISHOIDONTUEN HAKEMUS

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

HOIDETTAVAA KOSKEVAT HENKILÖTIEDOT	
Etu- ja sukunimi	Henkilötunnus
Osoite	Puh.
Sairaus, vamma, diagnoosi	

HOITAJAA KOSKEVAT HENKILÖTIEDOT	
Etu- ja sukunimi	Henkilötunnus
Osoite	Puh.
Suhde hoidettavaan	<input type="checkbox"/> puoliso <input type="checkbox"/> vanhempi <input type="checkbox"/> lapsi <input type="checkbox"/> muu, mikä? _____
Ammatti	<input type="checkbox"/> Kokoaikainen työ <input type="checkbox"/> Osa-aikainen työ
Asuvatko hoitaja ja hoidettava samassa taloudessa <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	Onko hoitajalla muita hoidettavia <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Pankkiyhteystiedot/tilinumero	

Käytössä olevat avo- ja tukipalvelut				
<input type="checkbox"/> Koulu	<input type="checkbox"/> Päiväkotito	<input type="checkbox"/> Työtoiminta	<input type="checkbox"/> Päivätoiminta	<input type="checkbox"/> Tilapäinen hoito
<input type="checkbox"/> Kotihoito	<input type="checkbox"/> Ateriapalvelu	<input type="checkbox"/> Turvapalvelu (turvapuhelin, ovihälytin)	<input type="checkbox"/> Kuljetuspalvelu	<input type="checkbox"/> Henkilökohtainen apu
Kelan etuudet				
<input type="checkbox"/> Perushoitotuki <input type="checkbox"/> Korotettu hoitotuki <input type="checkbox"/> Ylin hoitotuki				
Käytössä olevat apuvälineet				

Yksin selviytyminen	
<b>Päivällä</b>	<input type="checkbox"/> koko päivän <input type="checkbox"/> 2-5 tuntia <input type="checkbox"/> alle 2 tuntia <input type="checkbox"/> ei voi jättää yksin <input type="checkbox"/> selviytyy kotona ikätason mukaan
<b>Yöllä</b>	<input type="checkbox"/> koko yön <input type="checkbox"/> tarvitsee yöllä apua säännöllisesti <input type="checkbox"/> tarvitsee yöllä apua epäsäännöllisesti

Lyhyt kuvaus seikoista, jotka vaikeuttavat päivittäisistä toiminnoista selviytymisestä (tarvittaessa lisää erilliselle liitteelle)

Omaishoitajan antama apu hoidettavalle (tarvittaessa lisää erilliselle liitteelle)

### Allekirjoitukset ja liitteet

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi. Hakemus voidaan käsitellä asiakastiimissä.

Hyväksyn tässä hakemuksessa mainitun henkilön hoitajakseni.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Paikka ja päiväys

\_\_\_\_\_

Hoidettavan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

Hoitajan allekirjoitus

### Liitteet

Selvitys omaishoidettavan terveydentilasta, esim. epikriisi/lääkärinlausunto (alle 18-vuotiaat)

### Lupa tietojen saantiin

Allekirjoittaneet antavat allekirjoituksellaan luvan omaishoidontuen järjestämisestä koskevien sosiaali- ja terveystietojen tarkistamiseen. Tiedot tallennetaan ko. toimipisteen asiakas-/potilasrekisteriin.

### Yhteystiedot ja hakemuksen palautusosoitteet

#### Lasten ja aikuisten osalta

Sosiaalitoimisto  
Vammaispalvelun sosiaaliohjaaja  
Alvar Aallontie 2  
62900 ALAJÄRVI

#### Yli 65-vuotiaiden osalta

Asiakasohjausyksikkö  
Asiakasohjaaja  
Lääkärintie 1  
62900 ALAJÄRVI

Hakemukseen saapumisen jälkeen sovitaan kotikäynti, jolloin arvioidaan omaishoitotilannetta kokonaisuudessaan ja hoidettavan sekä hoitajan toimintakykyä.

Hoitajan osoitetiedot saa antaa Omaishoitajat ry:lle alueellisten tapahtumien tiedotusta varten.