



Hakemus saapunut / 20

HOIDETTAVAN HENKILÖTIEDOT

Suku- ja etunimet _____

Henkilötunnus _____ Siviilisääty _____

Lähiosoite _____

Postitoimipaikka _____ Puhelin _____

OMAISHOITAJAN HENKILÖTIEDOT

Suku- ja etunimet _____

Henkilötunnus _____

Sukulaisuussuhde hoidettavaan _____

Ammatti _____

Lähiosoite _____

Postitoimipaikka _____

Puhelin, kotiin _____ työhön _____

OMAISHOITAJAN ANSIOTYÖTIEDOT

- | | |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ei ansiotyötä | <input type="checkbox"/> Kokopäivätyö |
| <input type="checkbox"/> Opiskelee | <input type="checkbox"/> Osapäivätyö |
| <input type="checkbox"/> Tekee ansiotyötä kotona | <input type="checkbox"/> Vuorotyö |
| <input type="checkbox"/> Ansiotyössä kodin ulkopuolella | <input type="checkbox"/> Tilapäinen työ |

Nykyinen työpaikka, osoite ja puhelin

KÄYTÖSSÄ OLEVAT PALVELUT

Kotihoitoon liittyvät käynnit

- kotisairaanhoido, käyntikerrat viikossa _____
- kotipalvelu, käyntikerrat viikossa _____

Päiväkeskuskäynnit

- Rekola-koto Jalmarin Koto Pentorinne

Lyhytaikaishoito

- Rekola-koto osasto 1 Rekola-koto Hopealampi Pentorinne

Muut käytössä olevat palvelut

Apuvälineet ja laitteet

HOITOON LIITTYVÄT TUET

- perushoitotuki korotettu hoitotuki ylin hoitotuki
 perusvammainen tuki korotettu vammaistuki ylin vammaistuki

SOTILASVAMMAKORVAUKSEN ERITYISTIEDOT

Haitta-aste (%) _____ Vahingon numero _____

LISÄTIETOJA/ERITYISPERUSTEITA

Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (812/2000) 12 §:n mukaan asiakkaan ja hänen laillisen edustajansa on annettava ne tiedot, joita tarvitaan sosiaalihuollon järjestämisessä ja toteuttamisessa.

Kangasala ___ / ___ 200___

Vakuutamme tiedot oikeiksi.

Annan suostumukseni siihen, että omaishoidon tuen myöntämiseen tarvittavat tiedot voidaan tarkistaa yhteistyötahoilta (kuten terveyskeskus, Kela); <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Annan suostumukseni siihen, että omaishoidon tuen myöntämiseen tarvittavat tiedot voidaan tarkistaa yhteistyötahoilta (kuten terveyskeskus, Kela); <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Hoidettavan allekirjoitus	Hoitajan allekirjoitus

LIITTEET

Liite 1 Lääkärinlausunto

Hakemukset osoitteeseen:
Kangasalan kunta/sosiaali- ja terveyskeskus
Myllystenpohjantie 2
PL 50, 36201 Kangasala
Puh. 03 5655 3000