

Sosiaali- ja terveystieteiden keskus

 Hakemus  
 vastaanotettu \_\_\_\_\_

**HOIDETTAVAN HENKILÖTIEDOT**

Sukunimi ja etunimet (alleviivatkaa kutsumanimi)	Henkilötunnus
Osoite	
Postinumero ja postitoimipaikka	Kotikunta
Puhelin	Siviilisääty

**OMAISHOITAJAN HENKILÖTIEDOT**

Sukunimi ja etunimet (alleviivatkaa kutsumanimi)	Henkilötunnus
Sukulaisuussuhde hoidettavaan	
Osoite	
Postinumero ja postitoimipaikka	Puhelin
Ammatti	

**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:	

**KÄYTÖSSÄ OLEVAT PALVELUT**

Kotihoitoon liittyvät käynnit		
<input type="checkbox"/> Kotisairaanhoido, käyntikerrat viikossa	_____	
<input type="checkbox"/> Kotipalvelu, käyntikerrat viikossa	_____	
Päiväkeskuskäynnit		
<input type="checkbox"/> Jalmarin Koto	<input type="checkbox"/> Pentorinne	<input type="checkbox"/> _____
Lyhytaikaishoito		
<input type="checkbox"/> Rekola	<input type="checkbox"/> Pentorinne	<input type="checkbox"/> _____

## MUUT KÄYTÖSSÄ OLEVAT PALVELUT

--

## APUVÄLINEET JA LAITTEET

--

## HOITOON LIITTYVÄT TUET

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> perushoitotuki      | <input type="checkbox"/> korotettu hoitotuki   | <input type="checkbox"/> ylin hoitotuki   |
| <input type="checkbox"/> perusvammainen tuki | <input type="checkbox"/> korotettu vammaistuki | <input type="checkbox"/> 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 \_\_\_ / \_\_\_ 20\_\_\_

Vakuutamme tiedot oikeiksi.

Annan suostumukseni siihen, että omaishoidon tuen myöntämiseen tarvittavat tiedot voidaan tarkistaa yhteistyötahoilta (kuten terveyskeskus, Kela);

kyllä  ei

Annan suostumukseni siihen, että omaishoidon tuen myöntämiseen tarvittavat tiedot voidaan tarkistaa yhteistyötahoilta (kuten terveyskeskus, Kela);

kyllä  ei

Hoidettavan allekirjoitus

Hoitajan allekirjoitus

HAKEMUKSEN LIITTEET: - Alle 65 v. ajantasainen C-lausunto (alle 6 kk)

Hakemuksien palautus:

Alle 65 v.

Kangasalan kaupunki

Sosiaali- ja terveyskeskus / KV 3

PL 50, 36201 Kangasala

Yli 65 v.

Kangasalan kaupunki

Sosiaali- ja terveyskeskus / asiakasohjaus

Artturintie 10, 36220 Kangasala

Käyntiosoite: Myllystenpohjantie 2

p. 03 5655 3000

p. 03 5655 3000