

Hakemus saapunut: \_\_\_\_\_

Hakemus käsitelty SAP-ryhmässä: \_\_\_\_\_

**Asiakkaan henkilötiedot**

Sukunimi ja etunimet (alleiviivatkaa kutsumanimi)	Henkilötunnus
Nykyinen lähiosoite	
Postinumero ja postitoimipaikka	
Puhelinnumero	Väestökirjalain mukainen kotipaikka
Sivillisäätty	
<input type="checkbox"/> naimisissa <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> avoliitossa <input type="checkbox"/> leski <input type="checkbox"/> eronnut	
Puolison nimi	Puolison henkilötunnus

**Lähiomainen, asainhoitaja, edunvalvontavaltuutettu, vahvistettu edunvalvoja**

<input type="checkbox"/> lähiomainen <input type="checkbox"/> asainhoitaja <input type="checkbox"/> edunvalvontavaltuutettu <input type="checkbox"/> vahvistettu edunvalvoja	
Sukunimi ja etunimet	Puhelinnumero
Lähiosoite	
Postinumero ja postitoimipaikka	

**Päätös lähetetään**

Sukunimi ja etunimi	Puhelinnumero
Lähiosoite	
Postinumero ja postitoimipaikka	

**Asiakkaan asumismuoto**

<input type="checkbox"/> kerrostalo <input type="checkbox"/> rivitalo <input type="checkbox"/> omakotitalo
<input type="checkbox"/> asuu yksin <input type="checkbox"/> asuu yhdessä, kenen kanssa?
Lisätietoja (esim. asumisen puutteet)

**Liitteet** (ei tarvitse toimittaa, jos hakija on Kangasalan kaupungin sos.- ja terv.palvelujen käyttäjä)

<input type="checkbox"/> Lääkärintlausunto / ajantasainen lääkärin arvio hakijan terveydentilasta	pvm
<input type="checkbox"/> RAI-arviointi	pvm
<input type="checkbox"/> tarvittaessa MMSE-arviointi	pvm

## Ulkopuolelta saatu apu

- Säännöllinen kotihoito \_\_\_\_\_ krt / vk
- omainen  
kuka, ketkä? \_\_\_\_\_ krt / vk
- joku muu  
kuka, ketkä? \_\_\_\_\_ krt / vk
- säännöllinen lyhytaikaishoito (intervallihoito)
- tilapäinen lyhytaikaishoito
- tilapäinen kotihoito

Lisätietoja

## Tukipalvelut

<input type="checkbox"/> ateriapalvelu	<input type="checkbox"/> kuljetuspalvelu	<input type="checkbox"/> kylvetyspalvelu	<input type="checkbox"/> kauppapalvelu
<input type="checkbox"/> päiväkeskus	<input type="checkbox"/> vapaaehtoistyö	<input type="checkbox"/> turvapalvelu	

## Omaishoidon tuki

<input type="checkbox"/> ei omaishoidon tukea	<input type="checkbox"/> omaishoidon tuki, omaishoitajan nimi:
-----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

## Hakijan toimintakyky

<b>Liikkuminen</b>	<input type="checkbox"/> itsenäisesti kodin ulkopuolella	<input type="checkbox"/> itsenäisesti sisällä	<input type="checkbox"/> kävelyn apuväline mikä?
	<input type="checkbox"/> pyörätuoli, johon voi itse siirtyä	<input type="checkbox"/> pyörätuoli, johon autettava	<input type="checkbox"/> liikkuminen on hyvin vähäistä ja avuntarve suuri
<b>Pukeutuminen</b>	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
<b>Peseytyminen</b>	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
<b>WC-käynnit</b>	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
<b>Rakon toiminta</b>	<input type="checkbox"/> tunnistaa tarpeen	<input type="checkbox"/> kastelee ajoittain	<input type="checkbox"/> kastelee jatkuvasti, käyttää vaippaa
<b>Vatsan toiminta</b>	<input type="checkbox"/> tunnistaa tarpeen	<input type="checkbox"/> ajoittain pidätyskyvytön	<input type="checkbox"/> käyttää vaippaa
<b>Ruuan lämmitys</b>	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
<b>Ruokailu</b>	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
<b>Siivous</b>	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
<b>Vaatehuolto</b>	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
<b>Omien asioiden hoitaminen</b>	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava

<b>Vuorovaikutus</b> (näkö, kuulo, kommunikointi)	<input type="checkbox"/> ei ole ongelmia	<input type="checkbox"/> on ongelmia minkälaisia?	
<b>Muisti</b>	<input type="checkbox"/> muisti normaali	<input type="checkbox"/> ajoittain muistamaton	<input type="checkbox"/> muistamaton
<b>Muistisairauteen liittyviä ongelmia</b>	<input type="checkbox"/> sekava tai levoton	<input type="checkbox"/> aggressiivinen	<input type="checkbox"/> harhailu
<b>Kotona asu- mista vaikeut- tavat tunteet</b>	<input type="checkbox"/> pelokkuuden tunne voimakas	<input type="checkbox"/> turvattomuuden tunne voimakas	<input type="checkbox"/> yksinäisyyden tunne voimakas
<b>Harhaisuus</b>	<input type="checkbox"/> ei ole harhoja	<input type="checkbox"/> on harhoja (esim. näkö- ja kuuloharhat)	
<b>Lääkkeiden otto</b>	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
<b>Ongelmia lääkkeiden väärinkäytön, alkoholin tai muiden päihteiden kanssa</b>	<input type="checkbox"/> ei ole	<input type="checkbox"/> on	

**Miten asiakas itse kokee selviytyvänsä kotona tällä hetkellä**

hyvin     melko hyvin     melko huonosti     huonosti

**Perusteet, jolla haetaan palveluasumiseen sekä kuvaus syistä, miksi asumista ei voi jatkaa hakijan nykyisessä kodissa**

**Asiakkaan oma mielipide/toive asumisestaan**

**Palveluasumisen paikkatoive ja siihen liittyvät perustelut**

Paikkaa päätettäessä pyritään ottamaan huomioon toive paikan sijainnista. Tarjottu paikka on pääsääntöisesti otettava vastaan. Lista palveluasumisen yksiköistä löytyy hakemuksen lopusta.

### Suostumus ja allekirjoitus

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. Annan suostumukseni siihen, että palvelun myöntämiseen tarvittavat tiedot voidaan tarkistaa yhteistyötahoilta.

Paikka \_\_\_\_\_ Allekirjoitus \_\_\_\_\_  
ja aika \_\_\_\_\_ hakija / omainen / asianhoitaja

Hakemuksen täyttämässä on avustanut (nimi ja puhelinnumero)

### Hakemuksen palautus

**Postiosoite:**

Kangasalan kaupunki  
Sosiaali- ja terveyskeskus  
Sosiaaliohjelmatyöntekijä Salla Laiho  
PL 50  
36201 Kangasala

**Käyntiosoite:**

Kangasalan kaupunki  
Sosiaali- ja terveyskeskus  
Myllystenpohjantie 2, 2. krs  
36200 Kangasala

## PALVELUASUMISTA TARJOAVAT YKSIKÖT

### PALVELUASUMINEN, KAUPUNGIN

Höllinkoto, palveluasuminen	Kurvis-Höllin tie 8, 36420 Sahalahti
Jalmarin Koto, palveluasuminen	Finnentie 11, 36200 Kangasala

### PALVELUASUMINEN, OSTOPALVELU

Kostiakoti	Asevelitie 4, 36600 Pälkäne
------------	-----------------------------