



OMAISHOIDONTUKIHAKEMUS/PALVELUTARVEARVIO Saapunut

Hoidettavan tiedot	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite	Puhelin
	Hakemuksen täyttämisesä avustanut henkilö esim. edunvalvoja/muu yhteysthenkilö (nimi ja yhteystiedot)	
Hoitajan tiedot	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite	Puhelin
	Hoitaja on <input type="checkbox"/> puoliso <input type="checkbox"/> vanhempi <input type="checkbox"/> muu omainen <input type="checkbox"/> naapuri, läheinen <input type="checkbox"/> muu hoitaja, kuka _____	
	Ansiotyössä <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei Työaika _____ Eläkeläinen <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei Muu, mikä? _____	
Hoidettavan asuminen	Hoidettava asuu <input type="checkbox"/> yksin <input type="checkbox"/> hoitajan kanssa <input type="checkbox"/> muun henkilön kanssa	
	Perheen koko _____ henkilöä	
	Asunnon kunto <input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> kohtalainen <input type="checkbox"/> huono Muuta huomioitavaa: _____	
Selvitys sairaudesta tai vammasta	Sairaus tai vamma: _____ _____ _____	
	Hakemuksen liitteeksi tulee toimittaa lääkärinlausunto	
	Saako hakija Kelan maksamaa vammaistukea/hoitotukea <input type="checkbox"/> kyllä, _____ €/kk <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> haussa	



Hoidettavan toimintakyky	Aistitoiminnot				
	Näkö	<input type="checkbox"/> hyvä	<input type="checkbox"/> heikko	<input type="checkbox"/> silmälasit	<input type="checkbox"/> sokea
	Kuulo	<input type="checkbox"/> hyvä	<input type="checkbox"/> alentunut	<input type="checkbox"/> kuulolaite	<input type="checkbox"/> kuuro
	Kommunikointi	<input type="checkbox"/> puhe	<input type="checkbox"/> epäselvä puhe	<input type="checkbox"/> viittomat/kuvat	<input type="checkbox"/> ei kommunikoi
	Suoriutumiskyky				
		itsenäisesti	ohjattava/avustettava	täysin autettava	
	Liikuntakyky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pukeutuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Syöminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Peseytyminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tarvittavat apuvälineet:					
<hr/>					
<hr/>					
Avun ja hoidon tarve	Missä asioissa tarvitsee säännöllisesti apua?				
	<hr/>				
	<hr/>				
Avun tarve yöllä					
<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> satunnaisesti <input type="checkbox"/> usein					
Hoidettava voi olla yksin ____ tuntia vuorokaudessa					
Palvelut	Kotiin annetut ja kodin ulkopuoliset palvelut:				
	<input type="checkbox"/>	koulu, missä _____,	_____	h/viikko	
	<input type="checkbox"/>	päiväkoti, missä _____,	_____	h/viikko	
	<input type="checkbox"/>	aamu- / iltapäivähoito, missä _____,	_____	h/viikko	
	<input type="checkbox"/>	avotyö- / päivätoiminta, missä _____,	_____	h/viikko	
	<input type="checkbox"/>	avustaja _____,	_____	h/viikko	
	<input type="checkbox"/>	kotihoito _____,	_____	h/viikko	
	<input type="checkbox"/>	muu, mikä _____,	_____	h/viikko	
Suostumus ja allekirjoitus	Hakemukseni käsittelijä voi pyytää muilta viranomaisilta sellaisia minua koskevia lisätietoja, jotka ovat tarpeen hakemukseni käsittelyssä: <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei				
	Paikka ja aika _____				
	Allekirjoitus _____				