

HAKIJAN HENKILÖ- TIEDOT	Sukunimi ja etunimet:		Henkilötunnus:
	Nykyinen osoite:		Puhelinnumero:
	Kotikunta:	Lähiomainen; nimi, osoite ja puhelin _____ _____	
	Asioidenhoitaja/yhteyshenkilö, jos muu kuin omainen; nimi, osoite ja puhelinnumero _____ _____		
	Kehen otetaan yhteyttä hakemuksen tiimoilta? <input type="checkbox"/> Hakijaan <input type="checkbox"/> Omaiseen <input type="checkbox"/> Asioiden hoitajaan/yhteyshenkilöön		
ASUMINEN	<input type="checkbox"/> asun yksin <input type="checkbox"/> asun puolison kanssa <input type="checkbox"/> asun jonkun muun kanssa, kenen _____ <input type="checkbox"/> kerrostalo _____kerros <input type="checkbox"/> rivitalo <input type="checkbox"/> omakotitalo <input type="checkbox"/> palvelutalo <input type="checkbox"/> muu, mikä? _____ <input type="checkbox"/> omistusasunto <input type="checkbox"/> vuokra-asunto <input type="checkbox"/> asuu toisen kanssa, kenen? Jos asutte puolison kanssa, hakeeko hän myös? <input type="checkbox"/> kyllä (hänen tulee täyttää oma hakemus <input type="checkbox"/> Ei		
HOITOTUKI	<input type="checkbox"/> ei saa <input type="checkbox"/> perusosa <input type="checkbox"/> korotettu hoitotuki <input type="checkbox"/> erityishoitotuki		
	Onko asunnossanne asioita, jotka vaikeuttavat liikkumista ja toimintaa? (esim. portaita, puulämmitys, pienet pesutilat, ei hissiä). Miten olette pyrkineet poistamaan esteitä?		

VOIMAVARAT	Mitkä ovat omat vahvuutenne? Mitä asioita teette itse? Miten ylläpidätte toimintakykyänne?
KOTIHOITO	<p>Onko teillä kotihoitoa</p> <p><input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei</p>
TUKIPALVELUT	<p><input type="checkbox"/> ateriapalvelu <input type="checkbox"/> kylvetyspalvelu <input type="checkbox"/> kuljetuspalvelu <input type="checkbox"/> seniorikeskus <input type="checkbox"/> omaishoidontuki</p> <p><input type="checkbox"/> turvapuhelin, kunta / JOKITA <input type="checkbox"/> siivouspalvelu <input type="checkbox"/> asiointiapu</p>
LIKKUMISEN APUVÄLINEET	<p>Sisällä</p> <p><input type="checkbox"/> ei apuvälineitä <input type="checkbox"/> keppi <input type="checkbox"/> rollaattori <input type="checkbox"/> pyörätuoli <input type="checkbox"/> muu, mikä? _____</p> <p>Ulkona</p> <p><input type="checkbox"/> ei apuvälineitä <input type="checkbox"/> keppi <input type="checkbox"/> rollaattori <input type="checkbox"/> pyörätuoli <input type="checkbox"/> muu, mikä? _____</p>
SAIRAUDET	Mitä sairauksia teillä on? Mitä apua tarvitsette toiselta ihmiseltä ja kuka/ketkä auttavat?
HAKEMISEN SYY	Miksi haette asumispalveluihin? Mitä muutosta toivotte nykyiseen verrattuna?

HUOM!

Suostun tietojen hankkimiseen terveys- ja sosiaalialan tietojärjestelmistä, sekä tarvittaessa muilta minua hoitavilta tahoilta ja siihen, että tietojani voidaan käsitellä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisista muodostuvassa Palveluohjaustyöryhmässä (POT-ryhmä). Ennen asumispalveluiden myöntämistä selvitetään mahdollisuudet tukea kotona asumista kotihoidon palveluilla.

Aika ja Paikka

Hakijan allekirjoitus

PALAUTUS:

Joutsan vanhuspalvelut
Myllytie 14
19650 Joutsa

Kotihoidon kotiutushoitaja tai asiaa hoitava sairaanhoitaja ottaa teihin yhteyttä hakemuksen saatuaan ja sopii kanssanne palvelutarpeenarvointikäynnin. Tämä osio täytetään yhdessä asiakkaan kanssa arviointikäynnin yhteydessä.

Hakemuksella haetaan ensisijaisesti:

- Palveluasumisen paikka (ei ympärivuorokautisen hoidon tarvetta)
- Tehostetun palveluasumisen paikkaa (ympärivuorokautisen hoidon tarve)
- Tehostetun palveluasumisen paikkaa (muistiosaamisen ja ympärivuorokautisen hoidon tarve)
- Hoivahoito (laitoshoido)
- Kirkkokankaan vuokra-asunnot