



KEMIN KAUPUNKI
Ikäihmisten palvelut
Sauvosaarenkatu 25
94100 Kemi

OMAISHOIDONTUKIHAKEMUS

Aikuiset ja yli 16-vuotiaat

Saapumispäivä: _____

Kotikäynti sovittu: _____

Kotikäynti tehty: _____

A) Hoidettavan henkilötiedot	Nimi	Henkilötunnus	Puhelin	
	Osoite, postinumero ja -toimipaikka			
	Lähiomainen	Puhelin		
	Osoite, Postinumero ja -toimipaikka			
B) Ehdotus hoitajaksi	Nimi	Henkilötunnus	Puhelin kotiin	
	Osoite, postinumero ja -toimipaikka		Puhelin toimeen	
	Sukulaisuussuhde hoidettavaan	Pankkitili		
Työssäkäynti	<input type="checkbox"/> kokopäivätyö, klo _____ <input type="checkbox"/> osapäivätyö, klo _____ <input type="checkbox"/> ei työssä			
	<input type="checkbox"/> palkattomalla virkavapaalla; ajalla: ___/___ - ___/___ <input type="checkbox"/> eläkkeellä			
	Onko hoitaja joutunut jäämään pois ansiotyöstä tai jäämään vuorotteluvapaalle toimiakseen omaishoitajana? <input type="checkbox"/> Kyllä, milloin: _____ <input type="checkbox"/> Ei ole Vuorotteluvapaakorvaus: _____ €/kk			
Hoitajan KELA-korvaukset	Saako hoitaja Kansaneläkelaitoksen myöntämää hoitotukea tai muuta korvausta?			
	<input type="checkbox"/> alin hoitotuki €/kk:	Muuta: mitä €/kk:		
	<input type="checkbox"/> korotettu hoitotuki €/kk:			
C) Hoidettavan asuinolosuhteet	<input type="checkbox"/> Kerrostaloasunto <input type="checkbox"/> Omakotitalo <input type="checkbox"/> Muu: _____			
D) Palveluiden käyttö tai muu säännöllinen toiminta	Kotihoidonpalvelut _____ tuntia/kk Kotisairaanhoido _____ tuntia/kk Päiväsairaala _____ pv/kk Intervallihoido _____ pv/kk; missä: _____ päivätoiminta _____ tuntia/vk; missä: _____ koulu _____ tuntia/vk; missä: _____ muu _____ tuntia/vk; missä: _____		Turvapuhelin Kuljetuspalvelut Ateriapalvelut Henkilökohtainen avustaja _____ t/vk	
	Yksityiset palvelut, mitkä:			
E) Hoidettavan KELA-korvaukset	Saako hoidettava Kansaneläkelaitoksen myöntämää korvausta?			
	Hoitotuki _____ €/kk Vammaistuki _____ €/kk Erytishoitoraha _____ €/kk	Korotettu hoitotuki _____ €/kk Erytishoitotuki _____ €/kk <input type="checkbox"/> Ei saada		
F) Hoidettavan erityisavun tarve		Ajoittain	Päivittäin	Ympäri vrk: n
	Hoitotoimenpiteet			
	Sairauskohtaukset			
	Levottomuus			
	Yövalvominen			
Muu, mikä:				

G) Sairaudet ja kotona selviytyminen omin sanoin	
Lääkärin lausunto	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
H) Päivittäinen hoidon tarve	Kuvailekaa mahdollisimman tarkasti mitä säännölliseen hoitoon, avustamiseen tai valvontaan sisältyy ja kuinka paljon aikaa kuluu tunteina: Päiväaikaan: _____tuntia _____tuntia _____tuntia _____tuntia Yöaikaan: _____tuntia _____tuntia _____tuntia _____tuntia
Hoidon sitovuus	Mikä on sitovaksi kokemanne hoitoaika hoidettavaan vuorokaudessa: _____tuntia/vrk
Lisätietoja	

Omaishoitajan lakisääteiset vapaapäivät haluan järjestettävän, missä/miten:

Tässä vaiheessa en halua sopia vapaapäivien järjestelyistä .

Suostun, että tietojani voidaan luovuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisille/yksityisille palvelun tuottajille

Kyllä Ei

Päiväys	Hoidettavan allekirjoitus
Päiväys	Hoitajan allekirjoitus
Hakemus palautetaan ja lisätietoja saa: Palveluntarpeen arviointi puh. 016 259 552 arkisin kello 9-13 Keskustan palvelukeskus Sauvosaarenkatu 25 94100 Kemi	
