



KEMIN KAUPUNKI
Ikäihmisten palvelut
Sauvosaarenkatu 25
94100 Kemi

OMAISHOIDONTUKIHAKEMUS
Lapset, alle 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:		
C) Hoidettavan asuinolosuhteet	<input type="checkbox"/> Kerrostaloasunto	Apuvälineitä käytössä, mitä?		
	<input type="checkbox"/> Omakotitalo <input type="checkbox"/> Muu:			
D) Palveluiden käyttö	Kotihoito	tuntia/kk	Kelan korvaukset	
	Kotisairaanhoido	käyntiä/kk	Hoitotuki	e/kk
	Henkilökohtainen avustaja	t/kk	Korotettu hoitotuki:	e/kk
	Intervallihoido	pv/kk, missä?	Vammaistuki	e/kk
	Koulu	tuntia/vko, missä?	Erytishoitotuki	e/kk
	Muu	t/vko, missä?	Erytishoitoraha	e/kk
	Yksityiset palvelut, mitkä tai tarkennusta yllä oleviin:			
E) Onko hoidettava päivisin tai muutoin säännöllisesti	Koulussa	t/vko	Päivätoiminnassa	t/vko, missä?
	Päiväkodissa	t/vko, missä	Sijaishoidossa	pv/kk, missä?
	Viikonloppuhoidossa	pv/kk	Muualla,	t/ vko, missä?
Lisätietoa / hoitopaikka:				
F) Hoidettavan erityisavun tarve		Ajoittain	Päivittäin	Ympäri vrk: n
	Hoitotoimenpiteet			
	Sairauskohtaukset			
	Levottomuus			
	Yövalvominen			
Muu, mikä:				

G) Terveystila	Mikä sairaus tai vamma lapsellanne on?
	Millä tavoin sairaus/vamma rajoittaa lapsen/perheen elämää verrattuna samanikäiseen terveeseen lapseen?
	Missä asioissa lapsi tarvitsee sairauden/vamman vuoksi toisen henkilön apua?
Lääkärin lausunto	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
H) Päivittäinen hoidon tarve	Kuvailkaa mahdollisimman tarkasti mitä säännölliseen hoitoon, avustamiseen tai valvontaan sisältyy ja kuinka paljon aikaa kuluu tunteina: Päiväaikaan:
	_____ tuntia
	_____ tuntia
	_____ tuntia
	_____ tuntia
	Yöaikaan:
	_____ tuntia
	_____ tuntia
	_____ tuntia
Hoidon sitovuus	Mikä on sitovaksi kokemanne hoitoaika hoidettavaan vuorokaudessa: tuntia/vrk
Lisätietoja	

Omaishoitajan lakisääteiset vapaapäivät haluan järjestettävän, missä/miten:

<input type="checkbox"/>	Tässä vaiheessa en halua sopia vapaapäivien järjestelyistä

TIETOJEN LUOVUTUS

Suostun, että tietojani voidaan luovuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisille/yksityisille palvelun tuottajille	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei

Hakijan allekirjoitus

Päiväys	Allekirjoitus

Hakemuksen palautus: Lisätietoja puh. 016 259 552 arkisin klo 9-13
Palvelutarpeen arviointi, Keskustan palvelukeskus, Sauvosaarenkatu 25, 94100 Kemi