



KEMIN KAUPUNKI
Vanhus- ja
vammaispalvelut
Sauvosaarenkatu 25
94100 KEMI

OMAISHOIDONTUKIHAKEMUS
Aikuiset ja yli 16-vuotiaat

Saapumispäivä: _____

Kotikäynti tehty pm: _____

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			
Hoitajan KELA- korvaukset	Vuorotteluvapaakorvaus: _____ €/kk			
	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	Turvapuhelin Kuljetuspalvelut Ateriapalvelut Henkilökohtainen avustaja _____ t/vk		
	Kotisairaanhoido _____ tuntia/kk			
Päiväsairaala _____ pv/kk				
Intervallihoido _____ pv/kk; missä: _____				
päivätoiminta _____ tuntia/vk; missä: _____				
koulu _____ tuntia/vk; missä: _____				
muu _____ tuntia/vk; missä: _____				
	Yksityiset palvelut, mitkä:			
E) Hoidettavan KELA-korvaukset	Saako hoidettava Kansaneläkelaitoksen myöntämää korvausta?			
	Hoitotuki _____ €/kk	Korotettu hoitotuki _____ €/kk		
	Vammaistuki _____ €/kk	Erytishoitotuki _____ €/kk		
	Erytishoitoraha _____ €/kk	<input type="checkbox"/> Ei saada		
F) Erytisavun tarve		Ajoittain	Päivittäin	Ympäri vrk: n
	Hoitotoimenpiteet			
	Sairauskohtaukset			
	Levottomuus			
	Yövalvominen			
	Muu, mikä:			

G) Sairaudet ja kotona selviytymisen 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
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
<p>Hakemus palautetaan ja lisätietoja antaa:</p> <p>Sosiaaliohjaaja Marianne Greus puh. 040 5830 794 tavoitettavissa puhelimitse parhaiten arkisin klo 8.00 – 11.00 Keskustan palvelukeskus Sauvosaarenkatu 25 94100 Kemi</p>	

