



KEMIN KAUPUNKI  
Hoito- ja hoivapalvelut  
ja Vammaispalvelut  
Sauvosaarenkatu 25  
94100 Kemi

## OMAISHOIDONTUKIHAKEMUS Aikuiset ja yli 16-vuotiaat

Saapumispäivä: \_\_\_\_\_

Kotikäynti sovittu: \_\_\_\_\_

Kotikäynti tehty: \_\_\_\_\_

<b>A) Hoidettavan henkilötiedot</b>	Nimi	Henkilötunnus	Puhelin	
	Osoite, postinumero ja -toimipaikka			
	Lähiomainen	Puhelin		
	Osoite	Postinumero ja -toimipaikka		
<b>B) Ehdotus hoitajaksi</b>	Nimi	Henkilötunnus	Puhelin kotiin	
	Osoite, postinumero ja -toimipaikka		Puhelin toimeen	
	Sukulaisuussuhde hoidettavaan	Pankkitili		
<b>Työssäkäynti</b>	<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			
<b>Hoitajan KELA- korvaukset</b>	Vuorotteluvapaakorvaus: _____ €/kk			
	<b>Saako hoitaja</b> Kansaneläkelaitoksen myöntämää hoitotukea tai muuta korvausta?			
	<input type="checkbox"/> alin hoitotuki €/kk:	Muuta: mitä €/kk:		
<b>C) Hoidettavan asuinolosuhteet</b>	<input type="checkbox"/> Kerrostaloasunto <input type="checkbox"/> Omakotitalo <input type="checkbox"/> Muu: _____			
<b>D) Palveluiden käyttö tai muu säännöllinen toiminta</b>	Kotihoidonpalvelut	tuntia/kk, missä?	Turvapuhelin	
	Kotisairaanhoido	tuntia/kk, missä?	Kuljetuspalvelut	
	Päiväsairaala	pv/kk, missä?	Ateriapalvelut	
	Intervallihoido	pv/kk; missä?	Henkilökohtainen avustaja t/vk	
	Päivätoiminta	tuntia/vk, missä?		
	Koulu	tuntia/vk, missä?		
	Muulla, missä?		Tuntia/vko	
	Yksityiset palvelut, mitkä:			
<b>E) Hoidettavan KELA-korvaukset</b>	Saako hoidettava Kansaneläkelaitoksen myöntämää korvausta?			
	Hoitotuki	€/kk	Korotettu hoitotuki €/kk	
	Vammaistuki	€/kk	Erytishoitotuki €/kk	
	Erytishoitoraha	€/kk	Ei saada	
<b>F) Hoidettavan erityisavun tarve</b>		<b>Ajoittain</b>	<b>Päivittäin</b>	<b>Ympäri vrk: n</b>
	Hoitotoimenpiteet			
	Sairauskohtaukset			
	Levottomuus			
	Yövalvominen			
	Muu, mikä:			

<b>G)</b> Sairaudet ja kotona selviytyminen omin sanoin	
<b>Lääkärin lausunto</b>	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
<b>H)</b> 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
<b>Hoidon sitovuus</b>	Mikä on sitovaksi kokemanne hoitoaika hoidettavaan vuorokaudessa: _____ tuntia/vrk
<b>Lisätietoja</b>	

<b>Omaishoitajan lakisääteiset vapaapäivät</b> haluan järjestettävän, missä/miten:	
<input type="checkbox"/>	Tässä vaiheessa en halua sopia vapaapäivien järjestelyistä

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

<b>Allekirjoitukset</b>	
Päiväys	Hoitajan allekirjoitus
Päiväys	Hoidettavan allekirjoitus

<b>Hakemuksen palautus:</b>	<b>Lisätietoja:</b> 016 259 552 arkisin kello 9-12
Keskitetty ikäihmisten palveluneuvonta ja palvelutarpeen arviointi Keskustan palvelukeskus, Sauvosaarenkatu 25, 94100 Kemi	