

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	kokopäivätyö, klo _____ osapäivätyö, klo _____ ei työssä			
	palkattomalla virkavapaalla; ajalla: ___/___ - ___/___ eläkkeellä			
	Onko hoitaja joutunut jäämään pois ansiotyöstä tai jäämään vuorotteluvapaalle toimiakseen omaishoitajana? Kyllä, milloin: _____ Ei ole			
Vuorotteluvapaakorvaus: _____ €/kk				
Hoitajan KELA- korvaukset	Saako hoitaja Kansaneläkelaitoksen myöntämää hoitotukea tai muuta korvausta?			
	alin hoitotuki €/kk:	Muuta: mitä €/kk:		
	korotettu hoitotuki €/kk:			
C) Hoidettavan asuinolosuhteet	Kerrostaloasunto Omakotitalo Muu:	Apuvälineitä käytössä, mitä?		
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) Terveystilä	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	Kyllä Ei
H) Päivittäinen hoidon tarve	Kuvailekaa mahdollisimman tarkasti mitä säännölliseen hoitoon, avustamiseen tai valvontaan sisältyy ja kuinka paljon aikaa kuluu tunteina: Päivä- ja ilta-aikaan:
	_____ tuntia
	_____ tuntia
	_____ tuntia
	_____ tuntia
	Yöaikaan:
	_____ yht. _____ 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	
--	--

TIETOJEN LUOVUTUS

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

Hakijan allekirjoitus	
Päiväys	Allekirjoitus
Hakemuksen palautus: Keskitetty palvelutarpeen arviointi Keskustan palvelukeskus Sauvosaarekatu 25, 94100 Kemi	Lisätietoja 016 259 552 arkisin kello 9-12

--