

OMAISHOIDONTUKIHAKEMUS

Hakemus saapunut	Kotikäynti	Tiimin käsittely
------------------	------------	------------------

Hoidettavan henkilötiedot	Nimi	Henkilötunnus		
	Lähiosoite			
	Postinumero	Postitoimipaikka	Puhelinnumero	
	Lähiomainen, nimi ja puhelinnumero			
Asumistiedot	Asunto on	<input type="checkbox"/> Omakotitalo	<input type="checkbox"/> Paritalo	<input type="checkbox"/> Rivitalo
	<input type="checkbox"/> Kerrostalon ___kerros	Onko talossa hissi?	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei
	<input type="checkbox"/> Suihkutilaan / wc-tilaan mahdollisuus päästä auttajan kanssa			
	<input type="checkbox"/> Sisärappuja	<input type="checkbox"/> Levennetyt ovet	<input type="checkbox"/> Ulkorappuja	<input type="checkbox"/> Luiska
	Muita vammaisratkaisuja, mitä?			
	Hoidettava asuu	<input type="checkbox"/> Yksin	<input type="checkbox"/> Toisen henkilön kanssa, kenen?	
Terveydentila	Sairaudet / vamman laatu, toimintakyky			

Liikkuminen	Apuvälineet:	<input type="checkbox"/> Sisällä	<input type="checkbox"/> Ulkona
	Keppi	<input type="checkbox"/> Sisällä	<input type="checkbox"/> Ulkona
	Rollaattori	<input type="checkbox"/> Sisällä	<input type="checkbox"/> Ulkona
	Pyörätuoli	<input type="checkbox"/> Sisällä	<input type="checkbox"/> Ulkona
Hakijan käytössä on muita liikkumisen apuvälineitä, mitä?			

OMAISHOIDONTUKIHAKEMUS

Avun tarve	Tuleeko hakija yksin toimeen päiväsaikaan? <input type="checkbox"/> Kyllä: kuinka kauan? <input type="checkbox"/> Ei
	Kuinka paljon hakija tarvitsee toisen henkilön hoitoa ja huolenpitoa? <input type="checkbox"/> Päivittäin <input type="checkbox"/> Muutaman kerran viikossa <input type="checkbox"/> Harvemmin
	<u>Kuvaile, minkälaista apua hoidettava tarvitsee seuraavissa toiminnoissa</u> (kuvaile, onko avun tarve: ohjaamista, valvomista vai onko hoidettava täysin autettava).
	Sisällä liikkuminen
	Ulkona liikkuminen
	Pukeutuminen
	Peseytyminen
	WC-käynnit
	Lääkehoito (jakaminen ja ottaminen)
Kodin ulkopuolinen asiointi	
Kodinhoitotyöt	
Tarvitseeko hakija yöllä toisen apua <input type="checkbox"/> Kolme kertaa <input type="checkbox"/> Kaksi kertaa <input type="checkbox"/> Yhden kerran <input type="checkbox"/> Ei lainkaan	
Minkälaista apua hakija tarvitsee öisin?	
Palvelujen käyttö	Käyttääkö hakija <input type="checkbox"/> Kotipalveluja <input type="checkbox"/> Kotisairaanhoidtoa <input type="checkbox"/> Yksityisiä palveluja
	Minkä verran?

OMAISHOIDONTUKIHAKEMUS

	Käyttääkö hakija muita palveluja (intervallihoito, päiväkeskus, turvapuhelin, ateriapalvelu, muita?) <input type="checkbox"/> Kyllä: mitä / kuinka usein? _____ _____ <input type="checkbox"/> Ei	
	Minkä verran läheiset osallistuvat jokapäiväisiin askareisiin?	
	Kelan etuudet ja tuet Eläkettä saavan hoitotuki: <input type="checkbox"/> perushoitotuki <input type="checkbox"/> korotettu hoitotuki <input type="checkbox"/> erityishoitotuki <input type="checkbox"/> hakemus vireillä <input type="checkbox"/> haettu, ei myönnetty Vammaistuki: <input type="checkbox"/> perusvammainen <input type="checkbox"/> korotettu vammaistuki <input type="checkbox"/> ylin vammaistuki <input type="checkbox"/> hakemus vireillä <input type="checkbox"/> haettu, ei myönnetty Oletteko hakeneet omaishoidon tukea aikaisemmin? <input type="checkbox"/> kyllä, vuonna _____ <input type="checkbox"/> myönnetty <input type="checkbox"/> ei myönnetty <input type="checkbox"/> ei ole haettu	
Hoitajan henkilötiedot	Nimi	Henkilötunnus
	Lähiosoite	
	Postinumero	Postitoimipaikka
	Puhelinnumero	Työnumero:
	Onko hoitaja ansiotyössä <input type="checkbox"/> Kotona <input type="checkbox"/> Kodin ulkopuolella <input type="checkbox"/> Ei ole ansiotyössä <input type="checkbox"/> Hoitaja eläkkeellä	
	Onko ansiotyö <input type="checkbox"/> Kokopäivätyö <input type="checkbox"/> Osapäivätyö <input type="checkbox"/> Vuorotyö	
	Hoitajan suhde hoidettavaan <input type="checkbox"/> Puoliso <input type="checkbox"/> Tytär/Poika <input type="checkbox"/> Muu sukulainen <input type="checkbox"/> Ei ole sukulainen	
	Vaikuttavatko mahdolliset hoitajan sairaudet hoitotyöhön? Miten? Tarvittaessa esitettävä lääkärintuoto	

OMAISHOIDONTUKIHAKEMUS

	Lisätietoja omaishoitajasta
Hoitopalkkion maksutiedot	Pankin tilinumero
	Palkkalaskelma lähetetään <input type="checkbox"/> Verkkopankkiin <input type="checkbox"/> Kirjeenä kotiin
Sijaishoitaja	Kuka toimii sijaishoitajana pääasiallisen hoitajan ollessa estyneenä?
Hoitajan vapaat	Ehdotus vapaan aikaisesta sijaishoidon järjestämisestä
Lisätietoja	

SUOSTUMUS

Hakemustani käsittelevä työntekijä voi pyytää muilta viranomaisilta sellaisia minua koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemukseni käsittelyssä tarpeellisia.

Suostun En suostu

Allekirjoitus ja päiväys	Tuusniemi ____/____ 20 ____	Tuusniemi ____/____ 20 ____
	Hoidettavan allekirjoitus	Hoitajan allekirjoitus
	_____	_____