



Ranuan kunta
Kotipalvelu
Aapiskuja 6 B
97700 RANUA

OMAISHOIDONTUKIHAKEMUS
Alle 16-vuotiaat

Saapumispäivä: _____

Hoidettavan henkilötiedot	Nimi	Henkilötunnus	Puhelin			
	Osoite, postinumero ja -toimipaikka					
	Lähiomainen	Puhelin				
	Osoite, Postinumero ja -toimipaikka					
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 <input type="checkbox"/> korotettu hoitotuki _____ €/kk <input type="checkbox"/> muuta, mitä? _____ €/kk					
Hoidettavan asuinolosuhteet	<input type="checkbox"/> Rivitalo <input type="checkbox"/> Omakotitalo <input type="checkbox"/> Muu: _____	<input type="checkbox"/> Apuvälineitä käytössä, mitä? _____ _____				
Palveluiden käyttö	<input type="checkbox"/> Kotihoidonpalvelut _____ tuntia/kk <input type="checkbox"/> Kotisairaanhoido _____ tuntia/kk <input type="checkbox"/> Kuljetuspalvelut <input type="checkbox"/> Henkilökohtainen avustaja _____ t/vk <input type="checkbox"/> Muu: _____	KELA:n korvaukset: Hoitotuki _____ €/kk Korotettu hoitotuki _____ €/kk Vammaistuki _____ €/kk Erityishoitotuki _____ €/kk Erityishoitoraha _____ €/kk				
	Yksityiset palvelut, mitkä:					
Onko hoidettava päivisin tai muutoin säännöllisesti	<input type="checkbox"/> koulussa _____ t/vk, missä? _____ <input type="checkbox"/> päiväkodissa _____ t/vk, missä? _____ <input type="checkbox"/> päivätoiminnassa _____ t/vk, missä? _____ <input type="checkbox"/> viikonloppuhoidossa _____ pv/kk, missä? _____ <input type="checkbox"/> perhehoidossa _____ pv/kk, missä? _____ <input type="checkbox"/> muualla _____ t/vk, missä? _____					
Erityisavun tarve		Ajoittain	Päivittäin	Ympäri vrk:n		
	Hoitotoimenpiteet					
	Sairauskohtaukset					
	Levottomuus					
	Yövalvominen					
	Muu, mikä					

Terveydentila	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	
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	
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

Lisätietoja tarvittaessa antaa: vanhuspalvelujohtaja Marketta Uimaniemi-Honkanen puh. 040 573 0149

Päiväys	Hoitajan allekirjoitus