



RANUAN KUNTA
Kotipalvelu
Aapiskuja 6 B
97700 RANUA

OMAISHOIDONTUKIHAKEMUS
Aikuiset

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: _____			
Palveluiden käyttö tai muu säännöllinen toiminta	<input type="checkbox"/> Kotihoidonpalvelut _____ tuntia/kk <input type="checkbox"/> Kotisairaanhoido _____ tuntia/kk <input type="checkbox"/> Vuorot.hoido _____ pv/kk; missä: _____ <input type="checkbox"/> päivätoiminta _____ tuntia/vk; missä: _____ <input type="checkbox"/> koulu _____ tuntia/vk; missä: _____ <input type="checkbox"/> muu _____ tuntia/vk; missä: _____		<input type="checkbox"/> Turvapuhelin <input type="checkbox"/> Kuljetuspalvelut <input type="checkbox"/> Ateriapalvelut <input type="checkbox"/> Henkilökohtainen avustaja _____ t/vk	
	Yksityiset palvelut, mitkä:			
Hoidettavan KELA-korvaukset	Saako hoidettava Kansaneläkelaitoksen myöntämää korvausta? Hoitotuki _____ €kk Korotettu hoitotuki _____ €kk Vammaistuki _____ €kk Erytishoitotuki _____ €kk Erytishoitoraha _____ €kk <input type="checkbox"/> Ei saa			
Erytisavun tarve		Ajoittain	Päivittäin	Ympäri vrk:n
	Hoitotoimenpiteet			
	Sairauskohtaukset			
	Levottomuus			
	Yövalvominen			
Muu, mikä: _____				

Sairaudet ja kotona selviytymisen omin sanoin	
Lääkärin lausunto	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Päivittäinen hoidon tarve	Kuvailkaa 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

Kyllä Ei

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

Päiväys	Hoidettavan allekirjoitus
Päiväys	Hoitajan allekirjoitus