

**Hakija/hakijat**

<b>Nimi</b>	<b>Nimi</b>
<b>Henkilötunnus</b>	<b>Henkilötunnus</b>
<b>Osoite</b>	<b>Osoite</b>
<b>Puh</b>	<b>Puh</b>

**Asioiden hoitaja / edunvalvoja / lähiomainen (kenelle saa antaa tietoja)**

<b>Nimi</b>	<b>Osoite/puh</b>
-------------	-------------------

**Nykyinen asuminen**

- Omakotitalo/rivitalo/kerrostalo  Laitoshoito  
 Palvelukeskus/palvelutalo  muu, mikä? \_\_\_\_\_  
 Asun yksin  Asun puolison kanssa  Muun henkilön kanssa

**Nykyisen asumisen ongelmat:**

---

---

**Haen seuraavien terveydellisten ja sosiaalisten syiden vuoksi sekä hoidon tarpeen vuoksi tehostettua palveluasumista:** \_\_\_\_\_

---

---

**Sairaudet:** \_\_\_\_\_

---

Hoitavan lääkärin nimi \_\_\_\_\_

Milloin olette viimeksi käyneet perussairauksien vuoksi lääkärintarkastuksessa? \_\_\_\_\_

**Miten suoriudutte seuraavista päivittäisistä toiminnoista:**

Liikkuminen/apuvälineet: \_\_\_\_\_

Pukeutuminen/missä tarvitsette apua: \_\_\_\_\_

Peseytyminen/missä tarvitsette apua: \_\_\_\_\_

WC-käynti/missä tarvitsette apua: \_\_\_\_\_

Ruokailu/missä tarvitsette apua: \_\_\_\_\_

Lääkehoito/missä tarvitsette apua: \_\_\_\_\_

**Aistitoiminnot:**

s. 2/2

Näkö	<input type="checkbox"/> normaali	<input type="checkbox"/> vaikea näkövamma	<input type="checkbox"/> sokea
Kuulo	<input type="checkbox"/> normaali	<input type="checkbox"/> huono	<input type="checkbox"/> kuuro
Puhe	<input type="checkbox"/> normaali	<input type="checkbox"/> epäselvä	<input type="checkbox"/> afasia
Muisti	<input type="checkbox"/> normaali	<input type="checkbox"/> alentunut	<input type="checkbox"/> muistamaton

Tarvitsetteko toisen apua öisin/mihin tarvitsette öisin apua?

---

Kuinka kauan selviydytte päivällä ilman toisen apua/valvontaa? Miten?

---

**Hakijan käyttämät palvelut:**

Kotihoito  käyntejä \_\_\_\_\_ vrk tunteja \_\_\_\_\_/kk  
Yksityinen kotihoito  käyntejä \_\_\_\_\_ vrk tunteja \_\_\_\_\_/kk

**Tukipalvelut:**

Ateriapalvelu  Omaishoidontuki  
 Turvapuhelin  Päivätoiminta  
 Kuljetuspalvelu  Muuta, mitä? \_\_\_\_\_

Vuorohoito/intervallijaksot, kuinka usein ja missä? \_\_\_\_\_

---

Muu apu, mikä? (esim. omainen, naapuri?): \_\_\_\_\_

---

**Toiveet haettavasta palveluasumispaikasta:** \_\_\_\_\_

---

**Kelan hoitotuki**  Alin hoitotuki  Korotettu hoitotuki  Erityishoitotuki

Suostun siihen, että hakemustani käsittelevät työntekijät voivat hankkia tietojärjestelmistä tai muilta viranomaisilta minua koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemukseni käsittelyssä välttämättömiä.

Päiväys \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Hakijan / edunvalvojan allekirjoitus

Lomake palautetaan allekirjoitettuna osoitteeseen:

Kempeleen kunta  
Ikäntyneiden hoiva ja huolenpito  
Vanhuspalveluohjaaja  
PL 12, 90441 Kempele  
Käyntiosoite: Tiilitie 2, Kempele

Lisätietoja tarvittaessa:  
Vanhuspalveluohjaaja, puh. 040 1584 019,  
tavoitettavissa ma-pe virka-aikana.