

Hakemus saapunut
Hakemus käsitelty SAS-ryhmässä

Asiakkaan henkilötiedot

Sukunimi ja etunimet (alleiviivatkaa kutsumanimi)		Henkilötunnus
Nykyinen lähiosoite		
Postinumero ja postitoimipaikka		
Puhelinnumero	Väestötietolain mukainen kotipaikka	
Sivillisääty <input type="checkbox"/> naimisissa <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> avoliitossa <input type="checkbox"/> leski <input type="checkbox"/> eronnut		
Puolison nimi		Puolison henkilötunnus

Lähiomainen / Asiainhoitaja / Edunvalvoja

Sukunimi ja etunimi	<input type="checkbox"/> lähiomainen <input type="checkbox"/> asiainhoitaja <input type="checkbox"/> edunvalvoja
Lähiosoite	
Postinumero ja postitoimipaikka	Puhelinnumero

Päätös lähetetään

Sukunimi ja etunimi	
Lähiosoite	
Postinumero ja postitoimipaikka	Puhelinnumero

Asuminen

<input type="checkbox"/> kerrostalo <input type="checkbox"/> omakotitalo <input type="checkbox"/> rivitalo <input type="checkbox"/> muu <input type="checkbox"/> asuu yksin <input type="checkbox"/> asuu yhdessä, kenen kanssa? _____
Lisätietoja (esim. asumisen puutteet)

Ulkopuolelta saatu apu

<input type="checkbox"/> säännöllinen kotihoito _____krt/viikko	<input type="checkbox"/> tilapäinen kotihoito
<input type="checkbox"/> omainen, kuka/ketkä? _____	_____krt/viikko
	_____krt/viikko
<input type="checkbox"/> joku muu, kuka? _____	_____krt/viikko
<input type="checkbox"/> säännöllinen lyhytaikaishoito (intervallihoito)	<input type="checkbox"/> tilapäinen lyhytaikaishoito

Tukipalvelut

<input type="checkbox"/> ateriapalvelu	<input type="checkbox"/> kuljetuspalvelu	<input type="checkbox"/> kylvetyspalvelu	<input type="checkbox"/> kauppapalvelu
<input type="checkbox"/> päiväkeskus	<input type="checkbox"/> vapaaehtoistyö	<input type="checkbox"/> turvapalvelu	

Omaishoidon tuki

<input type="checkbox"/> ei omaishoidon tukea
<input type="checkbox"/> omaishoidon tuki, omaishoitajan nimi _____

Toimintakyky

Liikkuminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti kodin ulkopuolella	<input type="checkbox"/> itsenäisesti sisällä	<input type="checkbox"/> apuvälineenä keppi, rollaattori tms.
	<input type="checkbox"/> pyörätuoli, johon voi itse siirtyä	<input type="checkbox"/> pyörätuoli, johon on autettava	<input type="checkbox"/> liikkuminen on hyvin vähäistä ja avuntarve suuri
Pukeutuminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Peseytyminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Wc-käynnit	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Rakon toiminta	<input type="checkbox"/> tunnistaa tarpeen	<input type="checkbox"/> kastelee ajoittain	<input type="checkbox"/> kastelee jatkuvasti <input type="checkbox"/> käyttää vaippaa
Vatsan toiminta	<input type="checkbox"/> tunnistaa tarpeen	<input type="checkbox"/> pidätyskyvytön ajoittain	<input type="checkbox"/> käyttää vaippaa
Ruuan lämmitys	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Ruokailu	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Siivous	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Vaatehuolto	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Omien asioiden hoitaminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava

Vuorovaikutus toisten ihmisten kanssa (näkö, kuulo, kommunikointi)	<input type="checkbox"/> ei ole ongelmia	<input type="checkbox"/> on ongelmia, minkälaisia?	
Muisti	<input type="checkbox"/> muisti normaali	<input type="checkbox"/> ajoittain muistamaton	<input type="checkbox"/> muistamaton
Muistisairauteen liittyviä ongelmia	<input type="checkbox"/> sekava tai levoton	<input type="checkbox"/> aggressiivinen	<input type="checkbox"/> harhailu
Kotona asumista vaikeuttavat tunteet	<input type="checkbox"/> pelokas	<input type="checkbox"/> turvaton	<input type="checkbox"/> yksinäinen
Harhaisuus	<input type="checkbox"/> ei ole harhoja	<input type="checkbox"/> on harhoja (esim. näkö- ja kuuloharhat)	
Lääkkeiden otto	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Onko ongelmia lääkkeiden väärinkäytön, alkoholin tai muiden päihteiden kanssa?	<input type="checkbox"/> ei ole		<input type="checkbox"/> on

Miten asiakas itse kokee selviytyvänsä kotona tällä hetkellä

hyvin
 melko hyvin
 melko huonosti
 huonosti

Perusteet, jolla haetaan ympärivuorokautiseen hoivaan sekä kuvaus syistä, miksi asumista ei voi jatkaa hakijan nykyisessä kodissa

Asiakkaan oma mielipide / toive asumisestaan

Hoitopaikkatoive ja siihen liittyvät perustelut

Hoivapaikkaa päätettäessä pyritään ottamaan huomioon toive paikan sijainnista. Tarjottu paikka on pääsääntöisesti otettava vastaan viikon kuluessa.

Suostumus ja allekirjoitus

Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (812/2000) 12 §:n mukaan asiakkaan ja hänen laillisen edustajansa on annettava ne tiedot, joita tarvitaan sosiaalihuollon järjestämisessä ja toteuttamisessa.

Annan suostumukseni siihen, että palvelun myöntämiseen tarvittavat tiedot voidaan tarkistaa

Paikka ja aika

Allekirjoitus

(hakija, poikkeustapauksissa hakijan edustaja, omainen tai edunvalvoja)

Hakemuksen täyttämässä on avustanut, nimi ja puhelinnumero

Hakemuksen palautus

Loviisan kaupunki
Perusturvakeskus/Senioripalvelut
Palveluohjaaja Linda Ahlberg
Öhmaninkatu 4, 07900 Loviisa