

Haetaan omaishoidon tukea Haetaan korotusta omaishoidon tukeen

Hoidettavan tiedot	Nimi _____ Henkilötunnus _____ Osoite _____ Puhelinnumero _____ Diagnoosi/ vamma _____
Hoitajan henkilötiedot	Nimi _____ Henkilötunnus _____ Osoite _____ Puhelinnumero _____ Sähköposti _____
Hoitaja on	<input type="checkbox"/> puoliso <input type="checkbox"/> lapsi <input type="checkbox"/> muu omainen, kuka? <input type="checkbox"/> naapuri <input type="checkbox"/> vanhempi _____
Asuminen	Asunnon kunto ja varustetaso <input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> kohtalainen <input type="checkbox"/> heikko Onko asuntoon tehty hakijan vamman edellyttämiä asunnonmuutostöitä? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, jos on niin mitä ? _____ _____
Nykyiset avo- ja tukipalvelut	Luetelkaa mahdollisesti käytössä olevat avo- ja tukipalvelut sekä palveluiden määrä, sisältö ja keneltä saatte palvelua. _____ _____ _____
Toimintakyky	<u>Liikuntakyky/apuvälineen</u> <input type="checkbox"/> hyvä/itsenäisesti <input type="checkbox"/> ohjattava/valvottava <input type="checkbox"/> pyörätuolilla itsenäisesti <input type="checkbox"/> apuvälineiden avulla <input type="checkbox"/> pyörätuolilla autettuna <input type="checkbox"/> toisen avustamana <input type="checkbox"/> vuodepotilas Käytössä olevat apuvälineet: _____ _____ _____

		<u>Suorituskyky</u>		
		itsenäisesti	rajoittunut	täysin autettava
Aistit	pukeutuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	syöminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	wc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	peseytyminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>Näkö</u>	<input type="checkbox"/> hyvä	<input type="checkbox"/> alentunut	<input type="checkbox"/> sokea
	<u>Kuulo</u>	<input type="checkbox"/> hyvä	<input type="checkbox"/> alentunut	<input type="checkbox"/> kuuro
	<u>Puhuminen</u>	<input type="checkbox"/> normaali	<input type="checkbox"/> puhehäiriö	<input type="checkbox"/> puhumaton
	<u>Psyykkinen toimintakyky</u>	<input type="checkbox"/> toimintakykyinen	<input type="checkbox"/> muisti alentunut	<input type="checkbox"/> muistamaton
		<input type="checkbox"/> toimintakyky heikentynyt muutoin		
	Päivittäinen hoidontarve	Kuvaillkaa mahdollisimman tarkasti mitä säännölliseen hoitoon, avustamiseen tai valvontaan kuuluu päiväaikaan: _____ _____ _____		
	yöaikaan: _____ _____			
Valvonnan tarve	Kuinka pitkäksi ajaksi hoidettavan voi jättää yksin? <input type="checkbox"/> ei voi jättää yksin/enintään 1 tunniksi yhtäjaksoisesti <input type="checkbox"/> 1 - 4 tunniksi <input type="checkbox"/> yli 4 tunniksi/ yön yli <input type="checkbox"/> 12 - 24 tunniksi			
Kelan hoitotuki	<u>Hoidettava</u>	Alin hoitotuki/ Vammaistuki <input type="checkbox"/>	Korotettu hoitotuki/ Vammaistuki <input type="checkbox"/>	Erytishoitotuki/ Vammaistuki <input type="checkbox"/>
	<u>Hoitaja</u>	Alin hoitotuki/ Vammaistuki <input type="checkbox"/>	Korotettu hoitotuki/ Vammaistuki <input type="checkbox"/>	Erytishoitotuki/ Vammaistuki <input type="checkbox"/>
Allekirjoitukset	Päiväys ____ / ____ 20____			
	Hakijan ja tietojen antajan allekirjoitus ja nimenselvennys			
Viranomaisen täyttää	Suunniteltu kotikäynti _____			