



Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja
terveyspalvelukuntayhtymä

Hakemus ikääntyneiden hoidon ja hoivan asumispalveluihin

Ansökan om boendeservice inom vård och omsorg för äldre

Saapunut: _____

Sukunimi / Efternamn	Etunimet / Förnamn
Henkilötunnus / Personbeteckning	Kotikunta / Hemkommun
Katuosoite / Gatuadress	Postinumero ja postitoimipaikka / Postnummer och postanstalt
Puhelinnumero / Telefonnummer	Ammatti (ent.) / Yrke (tid.)

<input type="checkbox"/> Lyhytaikainen palveluasuminen (intervallihoido) / Kortvarigt serviceboende (intevallvård)
<input type="checkbox"/> Jatkuva perhehoito / Fortgående familjevård
<input type="checkbox"/> Pitkäaikainen palveluasuminen / Långvarigt serviceboende
<input type="checkbox"/> Senioriasuminen / Seniorboende

<input type="checkbox"/> Halsua Halso	<input type="checkbox"/> Lestijärvi	<input type="checkbox"/> Veteli Vetil	<input type="checkbox"/> Kannus	<input type="checkbox"/> Perho	<input type="checkbox"/> Kokkola Karleby	<input type="checkbox"/> Kaustinen Kaustby	<input type="checkbox"/> Toholampi	<input type="checkbox"/> Kruunupyö Kronoby
--	-------------------------------------	--	---------------------------------	--------------------------------	---	---	------------------------------------	---

<input type="checkbox"/> Naimaton / Ogift	<input type="checkbox"/> Avoliitto / Sambo	<input type="checkbox"/> Avioliitto / Gift
<input type="checkbox"/> Leski / Änka	<input type="checkbox"/> Eronnut / Frånskild	<input type="checkbox"/> Rekisteröity parisuhde /Registrerat parförhållande
<input type="checkbox"/> Sotainvalidi, % _____ Krigsinvalid, % _____	<input type="checkbox"/> Rintamaveteraani / Frontveteran	

Puolison nimi / Makes/makas namn	Puolison osoite (ellei sama kuin hakijan) / Makes/makas adress (om inte samma som sökandens)
----------------------------------	---

Hakijan lähiomaiset (nimi, sukulaisuussuhde, osoite ja puhelinnumero) / Sökandens nära anhöriga (namn, släktförhållande, adress och telefonnummer)

Edunvalvoja / Intressebevakare

NYKYINEN ASUNTO / NUVARANDE BOSTAD

<input type="checkbox"/> Omakotitalo / Egnahemshus	<input type="checkbox"/> Rivitalo / Radhus	<input type="checkbox"/> Vailla vakituista asuntoa / Utan permanent bostad
<input type="checkbox"/> Kerrostalo _____ kerros Våningshus våning	<input type="checkbox"/> Perhehoito / Familjevård	<input type="checkbox"/> Muu, mikä _____ Annat, vad _____
Asunnon varustetaso / Bostadens utrustningsnivå:		
<input type="checkbox"/> Kylpyhuone/sauna / Badrum/bastu	<input type="checkbox"/> Hissi / Hiss	
Asuntoon on tehty asumisturvallisuustarkastus: kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>		
Bostadens boendesäkerhet har granskats: ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>		

NYKYISET PALVELUT / NUVARANDE SERVICE

Kotihoito / Hemvård	<input type="checkbox"/> säännöllinen / regelbunden	<input type="checkbox"/> tilapäinen / tillfällig	<input type="checkbox"/> yksityinen / privat
Päivätoiminta / Dagverksamhet	<input type="checkbox"/> säännöllinen / regelbunden	<input type="checkbox"/> tilapäinen / tillfällig	
Perhehoito / Familjevård	<input type="checkbox"/> säännöllinen / regelbunden	<input type="checkbox"/> tilapäinen / tillfällig	
Lyhytaikaishoito/intervalli Korttidsvård/intervall	<input type="checkbox"/> säännöllinen / regelbunden	<input type="checkbox"/> tilapäinen / tillfällig	
Ateriapalvelu / Matservice	<input type="checkbox"/> on / ja	<input type="checkbox"/> ei ole / nej	
Siivouspalvelu / Städsservice	<input type="checkbox"/> omainen / anhängig	<input type="checkbox"/> kotihoito / hemvård	<input type="checkbox"/> yksityinen / privat
Pyykkihuolto / Bykservice	<input type="checkbox"/> omainen / anhängig	<input type="checkbox"/> kotihoito / hemvård	<input type="checkbox"/> yksityinen / privat
Kauppapalvelut/kauppakassi Butiksservice	<input type="checkbox"/> on / ja	<input type="checkbox"/> ei ole / nej	
Kuljetuspalvelu / Färdtjänst	<input type="checkbox"/> on / ja	<input type="checkbox"/> ei ole / nej	
Turvapuhelin / Trygghetstelefon	<input type="checkbox"/> on / ja	<input type="checkbox"/> ei ole / nej	
Henkilökohtainen avustaja (vammaispalvelu) / Per- sonlig assistent (handi- kappservice)	<input type="checkbox"/> on / ja	<input type="checkbox"/> ei ole / nej	
Muu, mikä / Annat, vad			

Omaishoidontuki / Stöd för närståendevård	Eläkettä saavan hoitotuki / muut Kelan etuudet / Vårdbidrag för pensionstagare / andra förmåner av FPA
<input type="checkbox"/> kyllä _____ € kuukaudessa / i månaden / ja _____	<input type="checkbox"/> kyllä _____ € kuukaudessa / i månaden / ja _____

NYKYINEN TOIMINTAKYKY JA AVUN TARVE / NUVARANDE FUNKTIONSFÖRMÅGA OCH BEHOV AV HJÄLP

Muisti / Minnet	<input type="checkbox"/> hyvä / bra	<input type="checkbox"/> heikentynyt / försvagat	<input type="checkbox"/> huono / dåligt
Liikkuminen / Rörelseförmåga	<input type="checkbox"/> itse / klarar sig själv	<input type="checkbox"/> hieman apua / behöver lite hjälp	<input type="checkbox"/> autettava / behöver hjälp
Pukeutuminen/riisuutuminen/ På- och avklädsel	<input type="checkbox"/> itse / klarar sig själv	<input type="checkbox"/> hieman apua / behöver lite hjälp	<input type="checkbox"/> autettava / behöver hjälp
Suihku/sauna / Dusch/bastu	<input type="checkbox"/> itse / klarar sig själv	<input type="checkbox"/> hieman apua / behöver lite hjälp	<input type="checkbox"/> autettava / behöver hjälp
Wc-käynnit / Toalettbesök	<input type="checkbox"/> itse / klarar sig själv	<input type="checkbox"/> hieman apua / behöver lite hjälp	<input type="checkbox"/> autettava / behöver hjälp
Ruuanlaitto / Matlagning	<input type="checkbox"/> itse / klarar sig själv	<input type="checkbox"/> hieman apua / behöver lite hjälp	<input type="checkbox"/> autettava / behöver hjälp

Lääkkeiden jako ja ottaminen /Dosering och intagning av läkemedel	<input type="checkbox"/> itse / klarar sig själv	<input type="checkbox"/> hieman apua / behöver lite hjälp	<input type="checkbox"/> autettava / behöver hjälp
Asioiden hoito (kauppa, pankki, ym.) / Skötsel av ärenden /butik, bank mm.	<input type="checkbox"/> itse / klarar sig själv	<input type="checkbox"/> hieman apua / behöver lite hjälp	<input type="checkbox"/> autettava/ behöver hjälp
Muu avun tarve, mikä / Annat behov av hjälp, vad			

TOIMINTAKYKYÄ HAITTAAVAT ONGELMAT JA SAIRAUDET / PROBLEM OCH SJUKDOMAR SOM SÄNKER FUNKTIONSFÖRMÅGAN

TÄLLÄ HETKELLÄ KÄYTÖSSÄ OLEVAT APUVÄLINEET / HJÄLPMEDEL SOM ANVÄNDS FÖR NÄRVARANDE

PÄÄASIAALLISET SYYT, MIKSI EI VOI JATKAA NYKYISESSÄ ASUMISMUODOSSA / HUVUDSAKLIGA ORSAKER TILL VARFÖR DEN SÖKANDE INTE KAN FORTSÄTTA MED NUVARANDE BOENDEFORM

MUITA TOIVOMUKSIA (esim. palvelukeskus/toimintakeskus, johon ensisijaisesti haluaa) / ANDRA ÖNSKEMÅL (t.ex. servicecentret/verksamhetscentret som i första hand önskas)

SUOSTUMUS HOITONEUVOTTELUUN / SAMTYCKE TILL VÅRDDISKUSSION

Asiakkaan hakemus käsitellään moniammatillisessa SAS-työryhmässä. Käsittely edellyttää asiakkaan suostumusta terveyden- ja sosiaalihuollon potilas- ja asiakastietojen käyttöön. / Klientens ansökan behandlas i multiprofessionella SAS-arbetsgruppen. Behandlingen förutsätter klientens samtycke till att patient- och klientuppgifter inom hälso- och socialvården får användas.

Suostumus potilastietojen luovuttamiseksi terveydenhuollon toiminnasta sosiaalihuollon toimintaan./ Samtycke till att patientuppgifter om behandling inom hälsovården får överlätas för socialvårdsverksamhet.

Suostumus asiakastietojen luovuttamiseksi sosiaalihuollon toiminnasta terveydenhuollon toimintaan. / Samtycke till att klientuppgifter om behandling inom socialvården får överlätas för hälsovårdsverksamhet.

Suostun/Jag samtycker En suostu siihen, että potilas- ja asiakastietojani käytetään hakemukseni käsittelyssä./Jag samtycker inte till att mina patient- och klientuppgifter används vid behandlingen av min ansökan

Paikka ja päiväys / Plats och datum
Asiakkaan/edunvalvojan allekirjoitus ja nimenselvennys / Klientens/intressebevakarens underskrift och namnförtydligande
Perustelut, jos allekirjoittajana on muu kuin hakija / Motivering om annan än den sökande undertecknar ansökan

VIRANHALTIJA TÄYTTÄÄ / TJÄNSTEINNEHAVARE FYLLER I

Hakemuksen saapumispvm / Datum när ansökan anlät
Viranhaltijan merkinnät / Tjänsteinnehavarens anteckningar
Tässä hakemuksessa pitää olla mukana liitteet / Till denna ansökan måste bifogas: <input type="checkbox"/> Hoito- ja palvelusuunnitelma / Vård- gan och serviceplan <input type="checkbox"/> Toimintakykyarvio / Bedömning av funktionsförmå- <input type="checkbox"/> Asumisturvallisuuskartoitus / Kartläggning av boendesäkerheten

HAKEMUKSEN PALAUTUSOSOITE / ADRESS FÖR INLÄMNANDE AV ANSÖKAN

Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystyöntekijäyhtymä Soite
SAS-hoitaja
Honkajarjun toimintakeskus
Sairaalakatu 2
67100 Kokkola