



PÄIJÄT-HÄMEEN SOSIAALI- JA TERVEYSYHTYMÄ

NASTOLA / IITTI

Hakemuksen saapumispvm
Käsitelty SAS:ssa

____ / ____ 20 ____
____ / ____ 20 ____

HAKEMUS PALVELUASUMISEEN _____

Hakijan henkilötiedot

Sukunimet ja etunimet	Henkilötunnus
Siviilisäätö <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> avio-/avoliitto <input type="checkbox"/> leski <input type="checkbox"/> eronnut	
Osoite, postinumero ja -paikka	
Puhelinnumero	Ammatti

Lähiomaisen tai yhteys henkilön tiedot

Sukunimi ja etunimet	Sukulaisuussuhde
Osoite	Puhelinnumero

Asuminen

<input type="checkbox"/> Asuu yksin	Muut asunnossa asuvat _____
Asumismuoto	<input type="checkbox"/> Omakotitalo <input type="checkbox"/> Rivitalo <input type="checkbox"/> Kerrostalo
Asunnon varustetaso	Huoneiston pinta-ala _____ m ²
<input type="checkbox"/> viemäri <input type="checkbox"/> lämmin vesi <input type="checkbox"/> kylpyhuone <input type="checkbox"/> sauna	
Lämmitys; <input type="checkbox"/> keskus <input type="checkbox"/> puu	WC; <input type="checkbox"/> sisällä <input type="checkbox"/> ulkona

Palveluasumismuoto, johon ensisijaisesti hakee

<input type="checkbox"/> Ympäri vuorokautinen palveluasuminen	
<input type="checkbox"/> Ei ympärivuorokautinen palveluasuminen	Rava _____ pvm _____
<input type="checkbox"/> Yksiö <input type="checkbox"/> Kaksio	
<input type="checkbox"/> Dementiayksikkö	MMSE _____ pvm _____
	Diagnoosi _____

Ulkopuolinen apu tällä hetkellä, kuinka usein

<input type="checkbox"/> Omaisten, läheisten apu	<input type="checkbox"/> Kotihoito	<input type="checkbox"/> Seurakunta		
<input type="checkbox"/> Muu _____				
Tukipalvelut	<input type="checkbox"/> Ateria	<input type="checkbox"/> Kylvetys	<input type="checkbox"/> Kuljetus	<input type="checkbox"/> Turvapuhelin

Hakemuksen peruste

<input type="checkbox"/> Toimintakyvyn heikkeneminen	<input type="checkbox"/> Sairaus tai vamma	<input type="checkbox"/> Muistihäiriö
<input type="checkbox"/> Muu syy _____		

Avun tarpeen kartoitus

<input type="checkbox"/> Peruspalvelut riittävät, ei henkilökohtaisen avun tarvetta			
<input type="checkbox"/> Vähäinen henkilökohtainen avuntarve, tukipalveluja esim. siivous, pyykki, sauna-apu			
<input type="checkbox"/> Henkilökohtaisen avun tarve päivittäinen			
<input type="checkbox"/> Jatkuvan läsnäolon ja valvojan tarve			
<input type="checkbox"/> Tarkistuskäynti asunnolla tarvittaessa			
Avustaminen			
<input type="checkbox"/> Pukeutumisessa	<input type="checkbox"/> Peseytymisessä/	<input type="checkbox"/> Liikkumisessa	<input type="checkbox"/> Aterioinnissa
<input type="checkbox"/> Asioinnissa	<input type="checkbox"/> Lääkehoidossa	<input type="checkbox"/> Saattajapalvelu	<input type="checkbox"/> Turvapalvelu

Lisätietoja(omaisen, kotihoidon henkilöstön tai muun viranomaisen lausunto)

Antamani tiedot saa tarkistaa

_____	/	_____	200	_____
paikka		päiväys		hakijan allekirjoitus

Palautusosoite: Iitti-Nastola asumispalveluiden koordinaattori Merja Ketonen
Terveysasema
Pekkalantie 12, 15560 Nastola lisätietoja 040-5343916