



PIELAVEDEN KUNTA, PL 27, 72401 PIELAVESI

Puhelinvaihe: (017) 273 200, Fax: (017) 273 2099

## OMAISHOIDON TUEN HAKEMUS

Hakemus saapunut \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

### PALVELUA TARVITSEVAN HENKILÖTIEDOT

Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
Osoite	
Puhelin	

### EHDOTUS HOITAJAKSI

Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus	
Osoite		
Puhelin kotiin	Puhelin toimeen	Ammatti
Ansiotyö <input type="checkbox"/> Vakituinen työ <input type="checkbox"/> Tilapäinen työ <input type="checkbox"/> Kokopäivätyö <input type="checkbox"/> Osapäivätyö		Sukulaisuussuhde hoidettavaan

### TERVEYDENTILAAN, VAMMAAN TAI SAIRAUTEEN LIITTYVÄT TIEDOT

1. Lyhyt kuvaus henkilön terveydentilasta, apuvälineiden käytöstä ym. 2. Vamma tai sairaus
Lyhyt kuvaus seikoista, jotka vaikeuttavat päivittäisissä toiminnoissa selviytymistä
Hakemuksen saapumisen jälkeen kartoitetaan omaishoitotilanne asiakkaan luokse tehtävällä kotikäynnillä. Sekä hoidettavan että hoitajan tulee olla silloin paikalla. Ensimmäistä kertaa tuesta päätettäessä tulee olla käytettävissä lääkärin lausunto, joka ei saa olla yli kolmea (3) kk vanhempi.

### ALLEKIRJOITUS

Paikka, pvm ja allekirjoitus	<input type="checkbox"/> Samalla suostun tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta.
------------------------------	--