

Hakemus saapunut ___ / ___ 20__

**Palvelua tarvitsevan
henkilötiedot**

Nimi

Henkilötunnus

Osoite

Puhelinnumero

Ehdotus hoitajaksi

Nimi

Henkilötunnus

Osoite

Puhelinnumero

Ansiotyö

Vakituinen työ Määräaikainen työ Kokopäivätyö Osapäivätyö

Ammatti

Sukulaissuhde hoidettavaan

**Terveydentilaan,
vamman tai sairauteen
liittyvät tiedot**

Lyhyt kuvaus henkilön terveydentilasta, apuvälineiden käytöstä jne.

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) kuukautta vanhempi.

Allekirjoitus

Paikka, päivämäärä

Allekirjoitus

Suostun tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta

Palautusosoite:

Pielaveden kunta,
Asiakasohjaajat / Omaishoidon tuki
PL 27
72401 Pielavesi