



SAAPUMISPÄIVÄ

VASTAANOTTAJA

## LAPSIPERHEIDEN OMAISHOIDON TUKIHAKEMUS

HAEN omaishoidon tukena ensisijaisesti

- palkkiota  
 palveluseteleitä  
 Muuta, mitä?

HENKILÖTIEDOT	Omaishoidettavan lapsen tiedot Henkilötunnus
	Osoite
	Postinumero Puhelin
LAPSEN VAMMA TAI SAIRAUUS	a) Sairaus tai vamma, jonka vuoksi lapsi on erityisen hoidon ja huolenpidon tarpeessa.
	b) lapsen liikuntakyky Liikuntakykyinen <input type="checkbox"/> Liikuntakyky rajoittunut, miten? <input type="checkbox"/> Liikuntakyvytön <input type="checkbox"/>
	Esiintyykö lapsella hengenahdistus-, tajuttomuus- tai kouristuskohtauksia? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä kohtauksia, kuinka usein, kauanko kestävät?
	d) Onko lapselle todettu älyllistä kehitysvammaisuutta <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä psykkisen kehityksen häiriöitä, käytös- tai tunnehäiriöitä? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä minkälaisia? neurologisen kehityksen erikoisvaikeuksi: <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, minkälaisia?
	e) Onko lapsi kuulo- tai näkövammainen? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, miten?
	f) Onko lapsella puhehäiriöitä? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä. millaisia?
	g) Onko yli 5-vuotiaalla lapsella yökastelua? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, kuinka usein? päiväkastelua <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, kuinka usein? Kykeneekö lapsi pidättämään ulosteen? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Osittain <input type="checkbox"/> Ei ollenkaan

AVUNTARVE,  
HOITO JA  
KUNTOUTUS

a) Millä tavoin ja kuinka usein lasta on autettava, hoidettava ja valvottava enemmän kuin vastaavanikäistä tervettä lasta alla luetelluissa toiminnoissa?

Liikkumisessa

Käyttääkö apuvälineitä)

Ei

Kyllä, mitä?

Ruokailussa

Peseytymisessä

Pukeutumisessa

WC-toimissa

Sosiaalisessa vuorovaikutuksessa (leikeissä, suhteissa muihin lapsiin, aikuisiin)

Kuullun ymmärtämisessä

Ympäristön hahmottamisessa

	<p>Itsensä ilmaisemisessa</p> <p>Käyttääkö lapsi kuulokojetta, viittomia, kuvia, tai muita kommunikoinnin apuvälineitä?</p> <p><input type="checkbox"/> Ei    <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä?</p> <p>Sairaanhoidollisissa toimenpiteissä (lääkkeiden anto, rasvaus, kohtausten valvonta)</p> <p>Erytysruokavalion noudattamisessa    <input type="checkbox"/> Ei    <input type="checkbox"/> Kyllä</p> <p>Jossain muissa toiminnoissa; missä?</p>
	<p>b) Mitä erityisiä kuntoutustoimenpiteitä lapsi tarvitsee?</p> <p>Lapsen saama terapia; mitä missä ja kuinka usein?</p> <p>Kotona tehtävät harjoitteet, esimerkiksi liikunta-, puhe-, vuorovaikutus- ja toimintoharjoitteet</p>
KELAN HOITOTUKI	<p><input type="checkbox"/> Ei    <input type="checkbox"/> Hakemus jätetty    <input type="checkbox"/> Saa,    euroa/kk</p>
HOITON JA KUNTOUKSEEN KULJETTAMINEN	<p>Kuljettaako huoltaja lasta kuntoutukseen tai hoitoon    <input type="checkbox"/> Ei    <input type="checkbox"/> Kyllä</p> <p>Kuinka usein?</p> <p>Aiheuttaako kuljettaminen työaikajärjestelyjä tai työstä poissaoloja?    <input type="checkbox"/> Ei    <input type="checkbox"/> Kyllä</p>
LAPSEN PÄIVÄHOITO	<p>a) Kuka hoitaa lasta päivisin?</p> <p>b) Missä lasta hoidetaan?  <input type="checkbox"/> Kotona    <input type="checkbox"/> Muualla; missä?</p> <p>c) Perustuuko lapsen päivähoitojärjestely lääkärintaloukseen?  <input type="checkbox"/> Ei    <input type="checkbox"/> Kyllä</p> <p>d) Onko jompikumpi vanhemmista joutunut jättämään ansiotyön lapsen sairauden vuoksi?</p>



