

Haen omaishoidon tukena ensisijaisesti <input type="checkbox"/> palkkiota <input type="checkbox"/> muuta, mitä?	Hakemuksen saapumispäivä (viranomaisen täyttää)
---	--

1. Hoidettavan henkilötiedot

1.1. Omaishoidettavan nimi	1.2 Henkilötunnus
1.3 Osoite	
1.4 Postinumero ja toimipaikka	1.5 Puhelinnumero

2. Lähiomainen/muu yhteyshenkilö

2.1 Nimi, osoite ja puhelinnumero

3. Edunvalvoja

3.1 Nimi, osoite ja puhelinnumero

4. Hoidettavan vamma tai sairaus

4.1 Sairaus tai vamma, jonka vuoksi hoidettava on erityisen hoidon ja huolenpidon tarpeessa
4.2 Hoidettavan liikuntakyky <input type="checkbox"/> liikuntakykyinen <input type="checkbox"/> liikuntakyvytön <input type="checkbox"/> liikuntakyky rajoittunut, miten?
4.3 Esiintyykö hoidettavalla hengenahdistus-, tajuttomuus-, tai kouristuskohtauksia? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, mitä kohtauksia, kuinka usein, kauanko kestävät?
4.4 Onko hoidettavalla todettu - älyllistä kehitysvammaisuutta <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä - psyykkisen kehityksen häiriöitä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä - käytös- tai tunnehäiriöitä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, minkälaisia? - neurologisen kehityksen erikoisvaikeuksia <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, minkälaisia?

- muu, mikä?

4.5 Onko hoidettava kuulo- tai näkövammaisen?

ei kyllä, miten?

4.5 Onko hoidettavalla puhehäiriöitä?

ei kyllä, millaisia?

4.6 Onko hoidettavalla

-yökastelua? ei kyllä, kuinka usein?

-päiväkastelua? ei kyllä, kuinka usein?

-kykeneekö hoidettava pidättämään ulosteen?

kyllä osittain ei ollenkaan

5. Avun tarve, hoito ja kuntoutus

Millä tavoin ja kuinka usein hoidettavaa on autettava, hoidettava ja valvottava alla olevissa toiminnoissa?

5. 1 Liikkumisessa

5.2 Käyttääkö apuvälineitä?

ei

kyllä, mitä?

5.3 Ruokailussa

5.4 Peseytymisessä

5.5 Pukeutumisessa

5.6 WC-toimissa

5.7 Sosiaalisessa vuorovaikutuksessa

5.8 Kuullun ymmärtämisessä

5.9 Ympäristön hahmottamisessa

5.10 Itsensä ilmaisemisessa

5.11 Käyttääkö hoidettava kuulokojetta, viittomia, kuvia tai muita kommunikoinnin apuvälineitä?

ei

kyllä, mitä?

5.12 Sairaanhoidollisissa toimenpiteissä (lääkkeiden anto, rasvaus, kohtausten valvonta)

5.13 Erityisruokavalion noudattamisessa

ei

kyllä

5.14 Joissain muissa toiminnoissa, missä?

5.15 Mitä erityisiä kuntoutumistoimenpiteitä hoidettava tarvitsee?

5.16 Hoidettavan saama terapia; mitä, missä ja kuinka usein?

5.17 Kotona tehtävät harjoitteet, esim. liikunta-, puhe-, vuorovaikutus- ja toimintoharjoitteet

5.18 Yöaikainen hoito

6. Kelan hoitotuki

ei

hakemus jätetty

saa, euroa/kk

7. Hoitoon ja kuntoutukseen kuljettaminen

7.1 Kuljettaako hoitaja hoidettavaa kuntoutukseen tai hoitoon

ei

kyllä, kuinka usein?

7.2 Aiheuttaako kuljettaminen työaikajärjestelyjä tai poissaoloja työstä

- ei
 kyllä

8. Päiväaikainen hoito

8.1 Kuka hoitaa hoidettavaa päivisin?

8.2 Missä hoito tapahtuu?

- kotona?
 muualla, missä?

8.2 Perustuuko hoidettavan päivähoitojärjestely lääkärinlausuntoon?

- ei
 kyllä

8.3 Onko jompikumpi vanhemmista joutunut jättämään ansiotyön hoidettavan sairauden vuoksi?

- ei
 kyllä

9. Koulunkäynti

9.1 Mitä koulua hoidettava on käynyt tai käy ja millä luokalla hän on?

9.2 Poissaolojen määrä lukukaudessa

9.3 Saako hoidettava sairauden vuoksi tuki- ja erityisopetusta tms.?

- ei
 kyllä, mitä?

9.4 Kuinka usein?

9.5 Onko hoidettavalla koulussa avustaja?

- ei
 kyllä
- missä asioissa avustaja avustaa hoidettavaa?

9.6 Onko hoidettavaa autettava kotitehtävissä tavanomaista enemmän sairauden takia?

- ei
 kyllä

10. Hoidettavan hoitovastuu

10.1 Hoidettavan pääasiallinen hoitovastuu (TAYS, Keva, perusterveydenhuolto, muu mikä?)
10.2 Hoitava lääkäri

11. Omaishoitajaa koskevat tiedot

11.1 Hoitajan nimi	11.2 Henkilötunnus
11.3 Arvo tai ammatti	11.4 Puhelinnumero
11.5 Osoite	11.6 Postinumero ja toimipaikka
11.7 Hoitajan tilinumero IBAN-muodossa	

12. Hoitajan työssäkäynti

12.1 Työaika <input type="checkbox"/> kokopäivätyö, klo - <input type="checkbox"/> osapäivätyö, klo - <input type="checkbox"/> ei työssä	12.2 Työpuhelinnumero
---	-----------------------

13. Tiedot hoitosuhteesta

13.1 Hoitaja on hakijan <input type="checkbox"/> äiti/isä <input type="checkbox"/> muu omainen, kuka? <input type="checkbox"/> perheen ulkopuolinen palkattu hoitaja
13.2 Jos hoitaja on hoidettavan lähiomainen, onko joutunut jäämään pois ansiotyöstä hoitaakseen tuen hakijaa? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, milloin?
13.3 Hoitajan henkilötunnus
13.4 Hoitajan tilinumero IBAN muodossa

14. Lisätiedot

Ilmoita hakemuksen kohtanumero, johon viittaat

15. Allekirjoitukset

Vakuutan edellä olevat tiedot oikeiksi. Suostun tarvittaessa tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta.

15.1 Paikka ja aika

15.2 Hoidettavan allekirjoitus

15.3 Hoitajan allekirjoitus

Liitteet

- lääkärinlausunto
- muu asiantuntijalausunto
- muu, mikä?

Palautus

Postiosoite: Ylöjärven kaupunki, Perusturvakeskus/alle 65-vuotiaiden omaishoito / PL 22, 33470 Ylöjärvi

Käyntiosoite: Perusturvakeskus, Kuruntie 10, 33470 Ylöjärvi

Asiakastietonne rekisteröidään sosiaalitoimen asiakastietojärjestelmään. Järjestelmän rekisteriseloste on nähtävissä asiakaspalvelupisteessä osoitteessa Kuruntie 10, 33470 Ylöjärvi.