

OMAISHOIDONTUKIHAKEMUS

**Kirjattu saapuneeksi
Vastaanottaja**

OMAISHOIDETTAVAA KOSKEVAT TIEDOT	
Henkilötiedot	Omaishoidettavan nimi Henkilötunnus
	Katuosoite
	Postinumero ja postitoimipaikka Puhelinnumero
	Lähin omainen, osoite ja puhelinnumero
Perhetiedot	Omaishoidettavan perheen koko perheenjäsentä
	Perheessä on alle 18-vuotiasta lasta, syntymävuodet
Asumistiedot	Asunnon koko huonetta ja keittiö / kk
	<input type="checkbox"/> Ei hissiä kerros
	Onko asuntoon tehty omaishoidettavan vammaan edellyttämiä asunnonmuutostöitä? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, milloin? Mitä?
Nykyiset palvelut	<input type="checkbox"/> Kotihoito (sairaanhoitajan ja/tai lähihoitajan käynnit), kuinka usein ja mitä? <input type="checkbox"/> Ateriapalvelu, turvapalvelu, tms. <input type="checkbox"/> Muut palvelut, kuka, kuinka usein ja mitä? <input type="checkbox"/> Ei palveluja.
OMAISHOIDETTAVAN TOIMINTAKYKY JA AVUN TARVE	
Liikkuminen	<input type="checkbox"/> Itsenäisesti <input type="checkbox"/> Osin autettava, miten? <input type="checkbox"/> Täysin autettava

HUOM! Mikäli täytät lomakkeen tietokoneella, tee rivinvaihto vapaiden tekstikenttien kohdalla Enterillä silloin, kun teksti ylittää lomakkeen reunan. Voit myös tulostaa lomakkeen ja täyttää sen käsin jatkaen vapaata tekstiä lomakkeen toiselle puolelle. Hakemuksen palautusosoitteet löytyvät viimeiseltä sivulta.

Syöminen	<input type="checkbox"/> Itsenäisesti <input type="checkbox"/> Osin autettava, miten? <input type="checkbox"/> Täysin autettava, miten?
Peseytyminen	<input type="checkbox"/> Itsenäisesti <input type="checkbox"/> Osin autettava, miten? <input type="checkbox"/> Täysin autettava, miten?
Pukeutuminen	<input type="checkbox"/> Itsenäisesti <input type="checkbox"/> Osin autettava, miten? <input type="checkbox"/> Täysin autettava, miten?
Näkö	<input type="checkbox"/> Hyvä <input type="checkbox"/> Rajoittunut, miten? <input type="checkbox"/> Sokea
Kuulo	<input type="checkbox"/> Hyvä <input type="checkbox"/> Heikentynyt <input type="checkbox"/> Kuuro <input type="checkbox"/> Kuulolaite
Puheen tuottaminen	<input type="checkbox"/> Normaali <input type="checkbox"/> Puhehäiriö <input type="checkbox"/> Puhumaton
Psyykinen toimintakyky	<input type="checkbox"/> Toimintakykyinen <input type="checkbox"/> Muisti heikentynyt <input type="checkbox"/> Muistamaton <input type="checkbox"/> Toimintakyky muutoin heikentynyt, miten?
WC-toimet	<input type="checkbox"/> Itsenäisesti <input type="checkbox"/> Avustettuna <input type="checkbox"/> Muuta huomioitavaa
Päivittäinen avuntarve	Kuvailekaa mahdollisimman tarkasti, mitä avustamiseen tai valvontaan kuuluu 1) päivisin: 2) öisin:
Käytössä olevat apuvälineet	<input type="checkbox"/> Ei käytössä. <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä?
Sairaudet ja lääkitys (myös säännöllisesti käytetyt vitamiinit ja lisäravinteet)	
Hoidettava on säännöllisesti	<input type="checkbox"/> päiväkodissa, missä, aika <input type="checkbox"/> koulussa, missä, aika <input type="checkbox"/> työtoiminnassa, missä, aika <input type="checkbox"/> päivätoiminnassa, missä, aika <input type="checkbox"/> jaksohoidossa, missä, aika <input type="checkbox"/> muualla, missä

Kelan etuudet	<input type="checkbox"/> Perushoitotuki <input type="checkbox"/> Korotettu hoitotuki <input type="checkbox"/> Ylin hoitotuki <input type="checkbox"/> Vammaistuki	
OMAISHOITAJAA KOSKEVAT TIEDOT		
Henkilötiedot	Omaishoitajan nimi	Henkilötunnus
	Katuosoite	Puhelinnumero
	Postinumero ja postitoimipaikka	Sähköpostiosoite
Omaishoitajan työssäkäynti	<input type="checkbox"/> Kokopäivätyö <input type="checkbox"/> Osapäivätyö klo _____ <input type="checkbox"/> Ei työssä <input type="checkbox"/> Eläkkeellä	
	Onko omaishoitaja joutunut jäämään pois ansiotyöstä hoitaakseen omaishoidettavaa? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, milloin? _____	
Tiedot hoitosuhteesta	Omaishoitaja on hoidettavan <input type="checkbox"/> puoliso/avopuoliso <input type="checkbox"/> lapsi <input type="checkbox"/> isä/äiti <input type="checkbox"/> muu, kuka? _____	
Lisätietoja		
Suostumus	<input type="checkbox"/> Annan suostumukseni tämän hakemuksen käsittelyssä tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta.	
Allekirjoitukset	Paikka ja aika	
	/ 20	

	Omaishoidettavan allekirjoitus	

Omaishoitajan allekirjoitus		
Lomakkeen täyttämässä avustanut:		

Nimi, asema ja puhelinnumero		

Hakemuksen palautus:

Essote ky, Omaishoidon tuki, Omatori, Porrassalmenkatu 21, 50100 Mikkeli

puh. 015 211 557