



Saapunut ____ / ____ 20__

HAKIJAN HENKILÖTIEDOT

| | |
|----------------------|--|
| Sukunimi ja etunimet | |
| Henkilötunnus | |
| Osoite | |
| Puhelin | |
| Kotikunta | |

PUOLISON TAI LÄHIOMAISEN HENKILÖTIEDOT

| | |
|----------------------|--|
| Sukunimi ja etunimet | |
| Henkilötunnus | |
| Osoite | |
| Puhelin | |

ASUMINEN TÄLLÄ HETKELLÄ

omakotitalo rivitalo asunto-osake
vuokralla muu, mikä _____
asuu yksin puolison tai omaisten kanssa

Muuta huomioitavaa tämän hetken asumisessa:

ULKOPUOLELTA SAATU APU

| | |
|------------------------------|---|
| omaishoitaja, kuka? | |
| omaiselta saatava apu, kuka? | |
| kotihoito | Kuinka monta kertaa päivässä _____ Mistä alkaen _____ |
| kotisairaanhoido | Kuinka monta kertaa kuukaudessa _____ Mistä alkaen _____ |

TUKIPALVELUT

- ateriapalvelu asiointipalvelu
 turvapalvelu kylvetyspalvelu
 muu / mikä? _____

MITÄ PALVELUA HAETTE?

- yöhoidon tarve
 tehostettu palveluasuminen (ympäri vuorokautinen hoito) Palvelukeskus Nestori
 lyhytaikainen asumispalvelu
 muu / mikä? _____

OMA NÄKEMYS PALVELUN TARPEEN SYYSTÄ

Lyhyt kuvaus seikoista, jotka vaikeuttavat päivittäisistä toiminnoista selviytymistä:

TERVEYDENTILAAN, VAMMAAN TAI SAIRAUTEEN LIITTYVÄT TIEDOT

1. Lyhyt kuvaus henkilön terveydentilasta, apuvälineiden käytöstä ym.

LISÄTIETOJA

-

ALLEKIRJOITUS

Annan suostumukseni tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta tarvittaessa

Paikka ja päivämäärä

Allekirjoitus

Pyhäntä _____ / _____ 20__

Hakemuksen tekemisessä avustaneen allekirjoitus, nimen selvennys ja yhteystiedot

HAKEMUKSENNE KÄSITELLÄÄN SAS-TYÖRYHMÄSSÄ (selvitä, arvioi, sijoita).

Vanhustenhuollon sijoitusasioita käsittelee moniammatillinen työryhmä, jonka tehtävänä on selvittää ja arvioida asiakkaan kokonaistilanne, tarvittavat palvelut ja hoitopaikka. Kotona asuminen on ensisijainen vaihtoehto kotihoidon, kotisairaanhoidon ja kotihoidon tukipalvelujen avulla. Kun kotona asuminen ei onnistu kotihoidon turvin, tehostettu palveluasuminen on yksi vaihtoehto. Teemme tarvittaessa asiakkaan luo kotikäynnin tilanteen arvioimiseksi. Hakemuksen liitteenä tulee olla alle kuusi kuukautta vanha lääkärintodistus.

PALAUTA HAKEMUS SOSIAALIJOHTAJALLE OSOITTEELLA:

Pyhännän sosiaalitoimisto, sosiaalijohtaja

Manuntie 2

92930 PYHÄNTÄ

SAS- TYÖRYHMÄ TÄYTTÄÄ

| |
|--|
| Asiakkaan hoitoisuus ja toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä |
|--|

RAVA _____

MMSE _____

CERAD _____

| |
|---------------------------------|
| Lääkärin arvio hoidon tarpeesta |
|---------------------------------|

LIITTEENÄ C-lausunto: kyllä ei

Hakemus on käsitelty SAS-ryhmässä _____