

OMAISHOIDONTUKIHAKEMUS

o kehitysvammaisen hoitoon
o vaikeavammaisen hoitoon
o yli 65 v. vanhuksen hoitoon

Hoidettavan nimi _____ **sotu** _____

Osoite _____ puh. _____

Kotikunta väestörekisterissä _____

Toimintakykyä häiritsevät sairaudet ja vammat

Saako hoidettava Kelan erityishoitotukea? kyllä ei

Lääkärinlausunto alle 65 v. liitteenä kyllä ei

Jatkuvan ympärivuorokautisen hoidon ja avun tarve kyllä ei

Päivittäinen hoidon ja avun tarve kyllä ei

Asiat joissa hoidettava tarvitsee toisen henkilön apua

Hoidettava saa kunnallista kotihoitoapua _____ tuntia kuukaudessa.

Hoitajan nimi _____ **sotu** _____

Osoite _____ puh.koti _____

työ _____

Hoitaja on hoidettavan puoliso lapsi vanhempi muu sukulainen muu läheinen

Suostun, että viranhaltija/työntekijä voi hankkia hakemuksen kannalta tarpeelliset tiedot yhteistyöhön osallistuvilta sekä luovuttamaan hoivaa ja hoitoa koskevia tietoja hoitoon osallistuvilta.

_____ / _____ 20 _____
paikka ja aika _____ allekirjoitus

Organisaatio täyttää	Hakemus saapunut pvm	Käsittelijä	Päätös pvm