

Hyvinvointipalvelut
Omaishoito / vammaispalvelu
050 3146115

OMAISHOIDON TUEN HAKEMUS ALLE 16-VUOTIAALLE

1 Hoidettavan henkilötiedot

Nimi: _____
Henkilötunnus: _____
Osoite: _____
Puh.nro: _____
Kelan vammaistuki € / kk _____ Tuen voimassaoloaika _____

2 Perheenjäsenet ja muut auttajat (vanhempien yhteystiedot)

3 Asumisolosuhteet (mm. esteettömyys sisällä ja lähiympäristössä jos haetaan liikkumishaitan takia)

4 Vamma tai sairaus ja vaikutus toimintakykyyn. (Mistä alkaen? Lääkärinlausunnon / kuntoutussuunnitelman kopio liitteeksi)

5 Tarvittava hoito ja apu saman ikäiseen lapseen verrattuna

Avun ja valvonnan tarve päivällä

toisinaan

säännöllisesti

Minkälaista?

Avun ja valvonnan tarve yöllä

toisinaan

säännöllisesti

Minkälaista?

6 Valvonnan tarve saman ikäiseen verrattuna

Minkälaista valvontaa hoidettava tarvitsee?

Voiko olla yksin kotona? Kuinka pitkän ajan? (Ei koske alle kouluikäisiä.)

Itsenäisyys ja omatoimisuus saman ikäiseen verrattuna.

Muut palvelut (sosiaali-, terveys- ja kuntoutus- ym. säännöllisesti käytetyt palvelut, päivähoito, koulu)

7 Liikkuminen saman ikäiseen verrattuna

liikkumisen haitta, mikä? _____

käytössä apuväline, mikä? _____

8 Kommunikointi mukaan lukien näkö ja kuulo saman ikäiseen verrattuna

Kommunikointi

kommunikaatio-ongelma, mikä _____

käytössä kommunikaation tukikeinot, mitä _____

Näkö

haitta, mikä? _____

käytössä apuväline, mikä? _____

Kuulo

haitta, mikä _____

käytössä apuväline, mikä _____

9 Suoriutumiskyky saman ikäiseen verrattuna

Avun tarve jokapäiväisissä toimissa (esim. peseytyminen, wc-toiminnot, pukeutuminen, ruokailu, muu ohjaaminen)

10 Hoitajan tiedot

Hoitaja on: äiti
 isä
 muu

Nimi: _____ Henkilötunnus: _____

Osoite: _____

Puhelinnumero _____

Jos hoitaja on ansiotyössä, niin onko työ? kokopäiväistä osapäiväistä satunnaista

Asuuko hoitaja samassa taloudessa? kyllä ei

Hoitajan terveydentila ja jaksaminen: _____

11 Muuta huomioitavaa

12 Liitteet

*Edellä olevat tiedot vakuutan oikeiksi ja suostun palvelujen järjestämiseksi näiden tietojen antamiseen sosi-
aali- ja terveydenhuoltoon.*

Kaarinassa _____

hoitajan allekirjoitus

Kotikäyntipäivämäärä _____

allekirjoitus ja nimenselvennys

allekirjoitus ja nimenselvennys

**OMAISHOIDON TUEN HAKEMUS JA LAPSEN / NUOREN TILANTEEN ARVIOINTI -
 LOMAKE PALAUTETAAN VAMMAISPALVELUUN, LAUTAKUNNANKATU 4,
 20780 KAARINA**