



SÄKYLÄN KUNTA
Perusturva
Vanhuspalvelut
Rantatie 268
27800 Säkyä

KOTIHOITO, LYHYTAIKAISHOITO JA PALVELUKOTI HAKEMUS

Hakemus saapunut _____

- Kotihoito
 Lyhytaikaishoito
 Palvelukoti

Kotihoidon kriteerit täyttävälle hakijalle myönnetään kotihoidon palvelut..
Säkylän kunnan oma tehostetun palveluasumisyksikkö, palvelukoti Valkama, sijaitsee Säkylän terveyskeskuksen tiloissa. Lyhytaikaishoito järjestetään Valkamassa.
Mikäli hakija täyttää tehostettuun palveluasumisen myöntämisperusteet, tarjotaan paikkaa ensisijaisesti kunnan omasta palvelukodista. Jos omassa palvelukodissa ei ole vapaata paikkaa, se voidaan myöntää palvelusetelillä palvelusetelituottajarekisteriin hyväksytystä yksiköstä. Palvelukotihakemus on voimassa vuoden.

HAKIJAN HENKILÖTIEDOT

Sukunimi ja etunimet (alleviivatkaa kutsumanimi)		Henkilötunnus	
Nykyinen lähiosoite			
Postinumero ja postitoimipaikka			
Puhelinnumero		Kotikunta	
Siviilisääty <input type="checkbox"/> naimisissa <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> avoliitossa <input type="checkbox"/> leski <input type="checkbox"/> eronnut			
<input type="checkbox"/> sotainvalidi <input type="checkbox"/> sotaveteraani			

LÄHIOMAINEN / ASIAINHOITAJA / EDUNVALVOJA

Sukunimi ja etunimi		<input type="checkbox"/> lähiomainen	<input type="checkbox"/> asainhoitaja
		<input type="checkbox"/> edunvalvoja	
Lähiosoite			
Postinumero ja postitoimipaikka		Puhelinnumero	

ASUMINEN

<input type="checkbox"/> kerrostalo	<input type="checkbox"/> omakotitalo	<input type="checkbox"/> rivitalo	<input type="checkbox"/> muu, mikä
<input type="checkbox"/> asuu yksin	<input type="checkbox"/> asuu yhdessä, kenen kanssa?		
<input type="checkbox"/> oma asunto	<input type="checkbox"/> vuokra-asunto		
Lisätietoja (esim. asumisen puutteet)			

ULKOPUOLELTA SAATU APU

<input type="checkbox"/> säännöllinen kotihoito	_____ krt / vko	
<input type="checkbox"/> omainen, kuka/ketkä?	_____ krt / vko	_____
<input type="checkbox"/> tilapäinen kotihoito	_____ krt / vko	_____
<input type="checkbox"/> joku muu, kuka?	_____ krt / vko	_____
<input type="checkbox"/> säännöllinen lyhytaikaishoito (intervallihoito)		
<input type="checkbox"/> tilapäinen lyhytaikaishoito		
<input type="checkbox"/> kotisairaala		

TUKIPALVELUT

<input type="checkbox"/> ateriapalvelu	<input type="checkbox"/> kuljetuspalvelu	<input type="checkbox"/> kylvetyspalvelu
<input type="checkbox"/> kerho- /päivätoiminta	<input type="checkbox"/> pyykkipalvelu	<input type="checkbox"/> turvapalvelu
<input type="checkbox"/> asiointipalvelu	<input type="checkbox"/> saattopalvelu	<input type="checkbox"/>

OMAISHOIDON TUKI

<input type="checkbox"/> ei omaishoidon tukea	<input type="checkbox"/> omaishoidon tuki, omaishoitajan nimi
---	---

ASUMISTUKI

kyllä

ei

HOITOTUKI

kyllä

perushoitotuki

korotettu hoitotuki

erityishoitotuki

ei

HAKIJAN TOIMINTAKYKY

Liikkuminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti kodin ulkopuolella <input type="checkbox"/> pyörätuoli, johon voi itse siirtyä	<input type="checkbox"/> pyörätuoli, johon on autettava <input type="checkbox"/> itsenäisesti sisällä	<input type="checkbox"/> apuvälineenä keppi, rollaattori tms. <input type="checkbox"/> liikkuminen on hyvin vähäistä ja avuntarve suuri
Pukeutuminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Peseytyminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
WC-käynnit	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Rakon toiminta	<input type="checkbox"/> tunnistaa tarpeen	<input type="checkbox"/> kastelee ajoittain	<input type="checkbox"/> kastelee jatkuvasti <input type="checkbox"/> käyttää vaippaa
Vatsan toiminta	<input type="checkbox"/> tunnistaa tarpeen	<input type="checkbox"/> kastelee ajoittain	<input type="checkbox"/> käyttää vaippaa
Ruuan lämmitys	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Ruokailu	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Siivous	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Vaatehuolto	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Omien asioiden hoitaminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Vuorovaikutus toisten ihmisten kanssa (näkö, kuulo, kommunikointi)	<input type="checkbox"/> ei ole ongelmia	<input type="checkbox"/> on ongelmia, minkälaisia	
Muisti	<input type="checkbox"/> muisti normaali	<input type="checkbox"/> ajoittain muistamaton	<input type="checkbox"/> muistamaton
Muistisairauteen liittyviä ongelmia	<input type="checkbox"/> sekava tai levoton	<input type="checkbox"/> aggressiivinen	<input type="checkbox"/> harhailu
Nukkuminen	<input type="checkbox"/> rauhallinen	<input type="checkbox"/> katkonainen	<input type="checkbox"/> levoton
Kotona asumista vaikeuttavat tunteet	<input type="checkbox"/> pelokkuuden tunne voimakas	<input type="checkbox"/> turvattomuuden tunne voimakas	<input type="checkbox"/> yksinäisyyden tunne voimakas
Harhaisuus	<input type="checkbox"/> ei ole harhoja	<input type="checkbox"/> on harhoja (esim. näkö- ja kuuloharhat)	
Lääkkeiden otto	<input type="checkbox"/> itsenäisesti tai vähän apua	<input type="checkbox"/> tarvitsee paljon apua	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Onko ongelmia lääkkeiden väärinkäytön, alkoholin tai muiden päihteiden kanssa	<input type="checkbox"/> ei ole		<input type="checkbox"/> on

HOIDON TARPEEN PERUSTELUT

ERITYISRUOKAVALIOT, ALLERGIAT

TOIVOTTU ALOITUSAIKA

TOIVEET JA ODOTUKSET

SUOSTUMUS JA ALLEKIRJOITUS

Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (812/2000) 12 §:n mukaan asiakkaan ja hänen laillisen edustajansa on annettava ne tiedot, joita tarvitaan sosiaalihuollon järjestämisessä ja toteuttamisessa.

Annan suostumukseni siihen, että palvelun myöntämiseen tarvittavat tiedot voidaan tarkistaa

Paikka

ja aika _____

Allekirjoitus _____

hakija

Hakemuksen täyttämässä on avustanut
nimi ja puh.numero

HAKEMUKSEN PALAUTUS

Kotihoidon hakemus

Säkylän terveyskeskus

Kotihoito

Välskärintie 5

27800 Säkyä

Lisätietoja

Taina Vehmanen, puh. 044 732 8120

taina.vehmanen@sakyla.fi

HAKEMUKSEN PALAUTUS

Lyhytaikaishoito- ja

palvelukotihakemus

Säkylän terveyskeskus

Ikäneuvola

Välskärintie 5

27800 Säkyä

Lisätietoja

Kalevi Suhonen, puh 050 542 4031

kalevi.suhonen@sakyla.fi