



saapumispäivämäärä \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Omaishoidolla tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotioloissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla. Tuki on hankinnanvarainen etuus ja sitä myönnetään määrärahojen puitteissa. LAKI OMAISHOIDON TUESTA 937/2005

HOIDETTAVAN HENKILÖN TIEDOT	Nimi	Henkilötunnus
	Lähiosoite	Postinumero ja postitoimipaikka
HOITAJAN HENKILÖTIEDOT JA TERVEYDENTILA	Nimi	Henkilötunnus
	Lähiosoite	Postinumero ja postitoimipaikka
	Puhelin	Sähköposti
	Sukulaisuus/suhde hoidettavaan	
	Onko hoitaja <input type="checkbox"/> työssä <input type="checkbox"/> työtön <input type="checkbox"/> eläkeläinen <input type="checkbox"/> opiskelija Tiedot työpaikasta <input type="checkbox"/> kokopäivätyö <input type="checkbox"/> osa-aikatyö Vaikuttaako hoitajan oma terveys hoitotyöhön <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä Jos vaikuttaa, miten ?	
HOIDETTAVAN HOIDON JA AVUN TARVE	Hoidon tarvetta aiheuttavat sairaudet	
	Henkilökohtaisen avun tarve (merkitse alla olevaan taulukkoon) Tarvitsee apua Syöminen <input type="checkbox"/> täysin autettava <input type="checkbox"/> paljon <input type="checkbox"/> jonkin verran <input type="checkbox"/> omatoiminen Peseytyminen <input type="checkbox"/> täysin autettava <input type="checkbox"/> paljon <input type="checkbox"/> jonkin verran <input type="checkbox"/> omatoiminen Sisällä liikkuminen <input type="checkbox"/> täysin autettava <input type="checkbox"/> paljon <input type="checkbox"/> jonkin verran <input type="checkbox"/> omatoiminen Ulkoilu <input type="checkbox"/> täysin autettava <input type="checkbox"/> paljon <input type="checkbox"/> jonkin verran <input type="checkbox"/> omatoiminen Pukeutuminen <input type="checkbox"/> täysin autettava <input type="checkbox"/> paljon <input type="checkbox"/> jonkin verran <input type="checkbox"/> omatoiminen WC-toiminnot <input type="checkbox"/> täysin autettava <input type="checkbox"/> paljon <input type="checkbox"/> jonkin verran <input type="checkbox"/> omatoiminen Ruokailu <input type="checkbox"/> täysin autettava <input type="checkbox"/> paljon <input type="checkbox"/> jonkin verran <input type="checkbox"/> omatoiminen Lääkehoito <input type="checkbox"/> täysin autettava <input type="checkbox"/> paljon <input type="checkbox"/> jonkin verran <input type="checkbox"/> omatoiminen Mielialaan liittyvät asiat <input type="checkbox"/> täysin autettava <input type="checkbox"/> paljon <input type="checkbox"/> jonkin verran <input type="checkbox"/> omatoiminen Muistiin liittyvät asiat <input type="checkbox"/> täysin autettava <input type="checkbox"/> paljon <input type="checkbox"/> jonkin verran <input type="checkbox"/> omatoiminen	
HOIDETTAVAN AVUN JA VALVONNAN TARVE	Avuntarve yöaikaan <input type="checkbox"/> ei tarvitse apua <input type="checkbox"/> tarvitsee apua joskus <input type="checkbox"/> tarvitsee apua joka yö ____ kertaa	Voi olla yksin päiväaikaan <input type="checkbox"/> koko päivän <input type="checkbox"/> 5–8 tuntia <input type="checkbox"/> 1 – 4 tuntia <input type="checkbox"/> ei voi jättää yksin
	HOITAJAN ANTAMA APU <input type="checkbox"/> ympärivuorokautista <input type="checkbox"/> päivittäistä <input type="checkbox"/> harvemmin kuin kerran päivässä	

MUUT KÄYTÖSSÄ OLEVAT PALVELUT	
KÄYTÖSSÄ OLEVAT APUVÄLINEET	
MUU TUKI	Kelan maksama hoito-/vammaistuki <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> hakemus vireillä
LISÄTIETOJA	          Oletteko hakeneet omaishoidontukea aikaisemmin? <input type="checkbox"/> kyllä vuonna _____ <input type="checkbox"/> en ole hakenut
HOIDETTAVAN SUOSTUMUS JA ALLEKIRJOITUS	<input type="checkbox"/> Suostun siihen, että Keski-Suomen hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät saavat käsitellä tarvittavia/syntyviä terveystietojani vain hoitosuhteessa tai työtehtävien hoitamiseksi. Tietojani voidaan käsitellä vain siinä laajuudessa kuin työtehtävät edellyttävät. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) §14-20.  Päivämäärä ja allekirjoitus ____ / ____ 20____
HOITAJAN ALLEKIRJOITUS	Päivämäärä ja allekirjoitus ____ / ____ 20____  _____  Hoitajan allekirjoitus ja nimen selvennys
PALAUTUS	Ohjeet hakemuksen palautukseen seuraavalla sivulla.

Aikuisten (yli 18-vuotiaat, ei kehitysvammaiset) omaishoidon tuen hakemukset palautetaan

**Kuoreen merkintä; Keski-Suomen hyvinvointialue / keskitetty asiakas- ja palveluohjaus / omaishoito**

HANKASALMI: Pelloskuja 3, 41340 Laukaa

JOUTSA: Suutarintie 4, 41900 Petäjävesi

JYVÄSKYLÄ: Ohjelmakaari 10, 40500 Jyväskylä

JÄMSÄ: Kelhänkatu 3, 42100 Jämsä

KANNONKOSKI: Virastotie 4, 43500 Karstula

KARSTULA: Virastotie 4, 43500 Karstula

KEURUU: Suutarintie 4, 41900 Petäjävesi

KINNULA: Keskustie 44, 43900 Kinnula

KIVIJÄRVI: Virastotie 4, 43500 Karstula

KONNEVESI: Pelloskuja 3, 41340 Laukaa

KYYJÄRVI: Virastotie 4, 43500 Karstula

LAUKAA: Pelloskuja 3, 41340 Laukaa

LUHANKA: Kelhänkatu 3, 42100 Jämsä

MULTIA: Suutarintie 4, 41900 Petäjävesi

MUURAME: Virastotie 10, 40950 Muurame

PETÄJÄVESI: Suutarintie 4, 41900 Petäjävesi

PIHTIPUDAS: Keskustie 44, 43900 Kinnula

SAARIJÄRVI: Virastotie 4, 43500 Karstula

TOIVAKKA: Suutarintie 4, 41900 Petäjävesi

UURAINEN: Suutarintie 4, 41900 Petäjävesi

VIITASAARI: Keskustie 44, 43900 Kinnula

ÄÄNEKOSKI: Hämeentie 1, 44100 Äänekoski