



saapumispäivämäärä _____

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

KESKI-
SUOMEN
HYVINVOINTI-
ALUE

KÄYTÖSSÄ OLEVAT
APUVÄLINEET

MUU TUKI

Kelan maksama hoito-/vammainen tuki
 kyllä ei hakemus vireillä

LISÄTIETOJA

Oletteko hakeneet omaishoidontukea aikaisemmin ?
 kyllä vuonna _____ en ole hakenut

HOIDETTAVAN
SUOSTUMUS JA
ALLEKIRJOITUS

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____

Hoidettavan allekirjoitus ja nimen selvennys

HOITAJAN
ALLEKIRJOITUS

Päivämäärä ja allekirjoitus

____ / ____ 20____

Hoitajan allekirjoitus ja nimen selvennys

PALAUTUS

Ohjeet hakemuksen palautukseen seuraavalla sivulla.

Palauta hakemus osoitteeseen:

Keski-Suomen hyvinvointialue / Keskitetty asiakas- ja palveluohjaus / oman kuntasi osoitetiedot

HANKASALMI: Keskustie 41, 41520 Hankasalmi

JOUTSA: Myllytie 12, 19650 Joutsa

JYVÄSKYLÄ: Ohjelmakaari 10, 40500 Jyväskylä

JÄMSÄ: Kelhänkatu 3, 42100 Jämsä

KANNONKOSKI: Järvitie 7A, 43300 Kannonkoski

KARSTULA: Virastotie 4, 43500 Karstula

KEURUU: Seiponniementie 7, 42700 Keuruu

KINNULA: Leenantie 2, 43900 Kinnula

KIVIJÄRVI: Järvitie 7A, 43300 Kannonkoski

KONNEVESI: Keskustie 41, 41520 Hankasalmi

KYYJÄRVI: Järvitie 7A, 43300 Kannonkoski

LAUKAA: Pelloskuja 3, PL 6, 41341 Laukaa

LUHANKA: Myllytie 12, 19650 Joutsa

MULTIA: Pappilantie 8, 42600 Multia

MUURAME: Virastotie 10, 40950 Muurame

PETÄJÄVESI: Teollisuustie 1, 41900 Petäjävesi

PIHTIPUDAS: Keskitie 10, 44500 Viitasaari

SAARIJÄRVI: Sivulantie 11, 43100 Saarijärvi

TOIVAKKA: Myllytie 12, 19650 Joutsa

UURAINEN: Virastotie 4, 41230 Uurainen

VIITASAARI: Keskitie 10, 44500 Viitasaari

ÄÄNEKOSKI: PL 24, 44101 Äänekoski



KESKI-
SUOMEN
HYVINVOINTI-
ALUE