



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	<p>Kelan maksama hoito-/vammaistuki</p> <p><input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> hakemus vireillä</p>
LISÄTIETOJA	<p>Oletteko hakeneet omaishoidontukea aikaisemmin?</p> <p><input type="checkbox"/> kyllä vuonna _____ <input type="checkbox"/> en ole hakenut</p>
HOIDETTAVAN SUOSTUMUS JA ALLEKIRJOITUS	<p><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.</p> <p>Päivämäärä ja allekirjoitus ____ / ____ 20____</p>
HOITAJAN ALLEKIRJOITUS	<p>Päivämäärä ja allekirjoitus ____ / ____ 20____</p> <p>_____</p> <p>Hoitajan allekirjoitus ja nimen selvennys</p>
PALAUTUS	Ohjeet hakemuksen palautukseen seuraavalla sivulla.

Palauta hakemus osoitteeseen:

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

HANKASALMI: Keskustie 41, 41520 Hankasalmi

JOUTSA: Myllytie 12, 19650 Joutsa

JYVÄSKYLÄ: Oiva-keskus, Ohjelmakaari 10, 40500 Jyväskylä

JÄMSÄ: Kelhänkatu 3, 42100 Jämsä

KANNONKOSKI: Virastotie 4, 43500 Karstula

KARSTULA: Virastotie 4, 43500 Karstula

KEURUU: Seiponniementie 7, 42700 Keuruu

KINNULA: Leenantie 2, 43900 Kinnula

KIVIJÄRVI: Virastotie 4, 43500 Karstula

KONNEVESI: Pelloskuja 3, PL 6, 41341 Laukaa

KYYJÄRVI: Virastotie 4, 43500 Karstula

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: Virastotie 4, 43500 Karstula

TOIVAKKA: Myllytie 12, 19650 Joutsa

UURAINEN: Virastotie 4, 41230 Uurainen

VIITASAARI: Keskitie 10, 44500 Viitasaari

ÄÄNEKOSKI: PL 24, 44101 Äänekoski