

HAKIJAA KOSKEVAT TIEDOT	
HENKILÖ-TIEDOT	Hakijan (hoidettavan) nimi Henkilötunnus
	Lähiosoite
	Postinumero ja postitoimipaikka Puhelin
	Perhesuhteet <input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> Avoliitossa <input type="checkbox"/> Avioliitossa <input type="checkbox"/> Asumuserossa <input type="checkbox"/> Eronnut <input type="checkbox"/> Leski
	Lähin omainen, osoite ja puhelin
PERHE-TIEDOT	Hakijan perheen koko ____ perheenjäsentä
	Perheessä on ____ alle 18-vuotiasta lasta, syntymävuodet
ASUMIS-TIEDOT	Asunnon koko ____ huonetta ja keittiö/kk
	Mukavuudet <input type="checkbox"/> keskuslämmitys <input type="checkbox"/> puulämmitys <input type="checkbox"/> lämmin vesi <input type="checkbox"/> WC <input type="checkbox"/> kylpyhuone, suihku, sauna
	<input type="checkbox"/> ei hissiä ____kerros
	Onko asuntoon tehty hakijan vammaan edellyttämiä asunnonmuutostöitä? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, milloin, mitä
NYKYISET AVO-JA TUKI-PALVELUT	<input type="checkbox"/> Kotipalvelu, miten usein ja mitä
	<input type="checkbox"/> Valvottu kotisairaanhoido, miten usein ja mitä
	<input type="checkbox"/> Joku muu perheen ulkopuolinen avustaja, kuka ja miten usein ja mitä
HOIDETTAVAN TOIMINTAKYKY JA AVUN TARVE	
PERUS-SAIRAUDET	
KÄYTÖSSÄ OLEVAT APUVÄLINEET	<input type="checkbox"/> ei käytössä <input type="checkbox"/> kyllä, mitä

LIKKUMINEN	<input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> osin autettava, miten _____ <input type="checkbox"/> vuodepotilas
SYÖMINEN	<input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> osin autettava, miten _____ <input type="checkbox"/> syötettävä <input type="checkbox"/> dieetti, mikä _____
PESEYTYMINEN	<input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> osin autettava, miten _____ <input type="checkbox"/> täysin avustettava
PUKEUTUMINEN	<input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> osin autettava, miten _____ <input type="checkbox"/> täysin avustettava
NÄKÖ	<input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> heikko <input type="checkbox"/> sokea
KUULO	<input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> kuulolaite <input type="checkbox"/> heikko <input type="checkbox"/> kuuro
KOMMUNIKOINTI	<input type="checkbox"/> puhuva <input type="checkbox"/> puhehäiriö <input type="checkbox"/> puhumaton
PSYKKINEN TOIMINTAKYKY	toiminta- muisti toimintakyky <input type="checkbox"/> kykyinen <input type="checkbox"/> heikentynyt <input type="checkbox"/> muistamaton <input type="checkbox"/> muutoin heikentynyt
WC-KÄYNTI	<input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> toisen autettava
PÄIVITTÄINEN HOIDONTARVE	Kuvailekaa mahdollisimman tarkasti mitä säännölliseen hoitoon, avustamiseen tai valvontaan kuuluu päiväaikaan: _____ _____ _____ yöaikaan: _____ _____ _____
ONKO HOIDETTAVA PÄIVISIN TAI MUUTOIN SÄÄNNÖLLISESTI	<input type="checkbox"/> koulussa, missä, aika _____ <input type="checkbox"/> varhaiskasvatuksessa (päivähoito), missä, aika _____ <input type="checkbox"/> työ- tai päivätoiminnassa, missä, aika _____ <input type="checkbox"/> vuorohoidossa, missä ja miten usein _____ <input type="checkbox"/> muualla, missä _____
LAITOSHOIDON KÄYTTÖ VIIMEKSI KULUNEEN VUODEN AIKANA	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, missä, hoitoajat _____
KELAN KORVAUKSET	Hoitotuki _____ €/kk Korotettu hoitotuki _____ €/kk Vammaistuki _____ €/kk Erityishoitotuki _____ €/kk Erityishoitoraha _____ €/pv

HOIDETTAVAN ALLEKIRJOITUS	<p>Vakuutan antamani tiedot oikeiksi ja suostun omaishoidontukiasiassa tarpeellisten tietojen antamiseen tai hankkimiseen muilta viranomaisilta.</p> <p>Päiväys ____/____.20____</p> <hr/> <p>Hoidettavan allekirjoitus ja nimen selvennys</p>			
HOITAJAN ALLEKIRJOITUS	<p>Vakuutan antamani tiedot oikeiksi ja suostun omaishoidontukiasiassa tarpeellisten tietojen antamiseen tai hankkimiseen muilta viranomaisilta.</p> <p>Päiväys ____/____.20____</p> <hr/> <p>Hoitajan allekirjoitus ja nimen selvennys</p>			
	<p>Kuntayhtymä Kaksineuvoinen tallentaa palvelun kannalta tarpeellisia tietoja asiakasrekistereihin. Asiakastiedot voivat olla paperiasiakirjoina tai sähköisessä muodossa tietokoneella. Asiakkaalla on halutessaan oikeus tarkistaa itseään koskevat tiedot asiakasrekisteristä. Asiakas voi vaatia virheellisen tai palvelun kannalta tarpeettoman tiedon korjaamista tai poistamista. Tämä oikeus perustuu henkilötietolakiin.</p>			
LIITTEET	<p>Alle 65-vuotiaiden osalta hakemukseen liitetään lääkärinlausunto C tai muu lääkärin antama selvitys.</p>			
LOMAKKEIDEN PALAUTUS JA LISÄTIETOJA	<ul style="list-style-type: none"> • Yli 65-vuotiaiden osalta lomakkeiden palautus ja lisätietoja: <p>Härmien alue (Alahärmä, Ylihärmä): Asiakasohjaaja Pirjo Mäkynen Alahärmän hyvinvointiasema Kanttorintie 5 62300 Härmä puh. 044 483 4530</p> <p>Kanta-Kauhavan alue: Asiakasohjaaja Kirsi Tyynismaa, Yrittäjäopisto B rakennus Kauppatie 107 62200 Kauhava puh. 040 670 2252</p> <p>Kortesjärvi, Evijärvi: Terveystenhoitaja (asiakasohjaus) Johanna Lahti Yrittäjäopisto B rakennus Kauppatie 107 62200 Kauhava puh. 040 160 4515</p> • Alle 65-vuotiaiden osalta, koko kuntayhtymän alue: <p>Lomakkeiden palautus: Kuntayhtymä Kaksineuvoinen Kauhavan perusturvatoimisto/Vammaispalvelut PL 3, 62201 Kauhava</p> <p>Lisätietoja:</p> <table border="0"> <tr> <td>Sosiaalityöntekijä Pii Liinamaa puh. 050 381 1683</td> <td>Vs. sosiaalityöntekijä Taina Holappa puh. 050 403 4065</td> <td>Sosiaaliohjaaja Jenni Kostiainen puh. 040 583 5377</td> </tr> </table> 	Sosiaalityöntekijä Pii Liinamaa puh. 050 381 1683	Vs. sosiaalityöntekijä Taina Holappa puh. 050 403 4065	Sosiaaliohjaaja Jenni Kostiainen puh. 040 583 5377
Sosiaalityöntekijä Pii Liinamaa puh. 050 381 1683	Vs. sosiaalityöntekijä Taina Holappa puh. 050 403 4065	Sosiaaliohjaaja Jenni Kostiainen puh. 040 583 5377		