

Saapumispäivämäärä (työntekijä täyttää): _____

Omaishoidontukihakemus alle 65-vuotiaalle hoidettavalle**Hoidettavan henkilön tiedot**

Nimi	Henkilötunnus
Osoite	Puhelinnumero

Hoitajan tiedot

Nimi	Henkilötunnus
Osoite	Puhelinnumero
Pankki	Tilinumero

Hoitajan suhde hoidettavaan henkilöön**Sukulainen** puoliso lapsi vanhempi muu omainen**Muu** naapuri palkattu hoitaja**Hoitaja on hoitotyön lisäksi ansiotyössä** kyllä ei hoitaja on luopunut ansiotyöstään hoitoon keskittymisen vuoksi**Mitä muuta tukea hoidettava henkilö tarvitsee ja onko sitä myönnetty?**

Henkilökohtainen apu	<input type="checkbox"/> tarvitsee	<input type="checkbox"/> myönnetty
Kotihoito	<input type="checkbox"/> tarvitsee	<input type="checkbox"/> myönnetty
Vaikeavammaisten kuljetuspalvelu	<input type="checkbox"/> tarvitsee	<input type="checkbox"/> myönnetty
Muu, mikä? _____	<input type="checkbox"/> tarvitsee	<input type="checkbox"/> myönnetty

Hoidettavan henkilön toimintakyky**Liikkuminen**

liikkuu kaikkialla itsenäisesti	<input type="checkbox"/> liikkuu lähiympäristössä itsenäisesti
liikkuu apuvälineiden avulla	<input type="checkbox"/> liikkuu toisen avustamana
liikkuu pyörätuolilla	<input type="checkbox"/> liikkuu pyörätuolilla autettuna

on vuodepotilaana Käytetty liikkumisen apuväline: _____

Suoriutuminen arjessa

Toiminto	Itsenäisesti	Rajoittunut	Ohjattava	Valvottava	Täysin autettava
Pukeutuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syöminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peseytyminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WC-asiointi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ajanhallinta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Sosiaalinen toimintakyky ja psyykinen terveydentila

Huomiota herättämättömiä toimintakyvyn puutteita kyllä ei

Kuvaile:

Ihmisuhteita ja kanssakäymistä haittaavia puutteita kyllä ei

Kuvaile:

Kuinka pitkäksi ajaksi hoidettavan voi jättää yksin?

- enintään tunniksi/ ei lainkaan 1-4 tunniksi
 yli 4 tunniksi tai yön yli hoidettavavoi asua yksin

Avun ja sairaanhoidon tarve

Tarvitseeko hoidettava apua öisin?

- ei tarvitse satunnaisesti
 useimmiten joka yö

Kuvaile tarvittavia sairaanhoidollisia toimenpiteitä:

Onko Kelan hoito- tai vammaistukea myönnetty?

- ei perusosa korotettu ylin

Hakemuksen liitteet

- lääkärinlausunto kuntoutussuunnitelma Turun yliopistollisen keskussairaalan lausunto

Allekirjoitus

Suostun siihen, että hakemusta käsittelevä työntekijä voi pyytää muilta viranomaisilta sellaisia lisätietoja, jotka ovat tarpeen hakemuksen käsittelemiseksi.

Päiväys	Hakijan tai tietojen antajan allekirjoitus
---------	--

Hakemus palautetaan osoitteeseen:

Perusturvakuntayhtymä Akseli
Vammaispalvelut
Keskuskaari 3
21250 Masku