



VIRTAIN KAUPUNKI

Virrat – Ruovesi
Sosiaalipalvelut

OMAISHOIDONTUKIHAKEMUS

Hakemus saapunut: _____

Lomakkeen voi täyttää sähköisesti tai käsin. Tulosta lomake ja lähetä se kotikunnan mukaan osoitteeseen Virtain kaupunki/ sosiaalipalvelut, PL 85, 34801 VIRRAT (Käyntiosoite: Virtaintie 26, 34800 VIRRAT) tai Ruoveden kunta/ sosiaalipalvelut, Ruovedentie 30, 34600 RUOVESI

HAKIJAA (hoidettavaa) KOSKEVAT TIEDOT		
Henkilötiedot	Nimi	Henkilötunnus
	Katuosoite	
	Postinumero ja -toimipaikka	Puhelinnumero
Siviilisäät	<input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> Avioliitossa <input type="checkbox"/> Avoliitossa <input type="checkbox"/> Leski <input type="checkbox"/> Asumuserossa <input type="checkbox"/> Eronnut	
Perhe	Hakijan perheeseen kuuluu ____ jäsentä <input type="checkbox"/> Perheessä on alaikäisiä lapsia Lasten syntymävuodet:	
Asumistiedot	Asunnon koko ____ huonetta ja keittiö Asumismuoto: <input type="checkbox"/> omistusasunto <input type="checkbox"/> vuokra-asunto Mukavuudet: <input type="checkbox"/> lämmin vesi <input type="checkbox"/> WC <input type="checkbox"/> puulämmitys <input type="checkbox"/> kylpyhuone <input type="checkbox"/> suihku <input type="checkbox"/> sauna <input type="checkbox"/> ei hissiä ____ kerros	
Avo- ja tukipalvelut	<input type="checkbox"/> kotipalvelu, kuinka usein <input type="checkbox"/> kotisairaanhoido, kuinka usein <input type="checkbox"/> ateriapalvelu, kuinka usein <input type="checkbox"/> kylvetysapu, kuinka usein <input type="checkbox"/> päiväkeskus, kuinka usein <input type="checkbox"/> kuljetuspalvelu, montako matkaa/kk <input type="checkbox"/> pyykkipalvelu <input type="checkbox"/> turvapuhelin <input type="checkbox"/> muu ulkopuolinen avustaja, kuka ja kuinka usein	

KELA:n korvaukset	<input type="checkbox"/> Perusvammainen tuki	<input type="checkbox"/> Korotettu vammaistuki	<input type="checkbox"/> Ylin vammaistuki
	<input type="checkbox"/> Perushoitotuki	<input type="checkbox"/> Korotettu hoitotuki	<input type="checkbox"/> Ylin hoitotuki
	<input type="checkbox"/> Muu korvaus, mikä		€ /kk

HOIDETTAVAN TOIMINTAKYKY JA AVUNTARVE			
Liikkuminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti	<input type="checkbox"/> osin autettava; miten	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Syöminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti	<input type="checkbox"/> osin autettava; miten	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Peseytyminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti	<input type="checkbox"/> osin autettava; miten	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Pukeutuminen	<input type="checkbox"/> itsenäisesti	<input type="checkbox"/> osin autettava; miten	<input type="checkbox"/> täysin autettava
Kuulo	<input type="checkbox"/> hyvä	<input type="checkbox"/> heikko	<input type="checkbox"/> kuuro <input type="checkbox"/> kuulolaite
Näkö	<input type="checkbox"/> hyvä	<input type="checkbox"/> heikko	<input type="checkbox"/> sokea
Puhuminen	<input type="checkbox"/> puhe selkeää	<input type="checkbox"/> puhehäiriö	<input type="checkbox"/> puhekyvytön
WC-asiointi	<input type="checkbox"/> itsenäisesti	<input type="checkbox"/> toisen autettava	
Muisti	<input type="checkbox"/> normaali	<input type="checkbox"/> alentunut	<input type="checkbox"/> muistamaton
Psyyke/käytös	<input type="checkbox"/> normaali	<input type="checkbox"/> masentunut	<input type="checkbox"/> aggressiivinen <input type="checkbox"/> kontaktikyvytön
	<input type="checkbox"/> häiritsevä	<input type="checkbox"/> harhaileva	<input type="checkbox"/> sekava
Päivittäinen hoidon tarve	Kuvaillaa mahdollisimman tarkasti, mitä säännölliseen hoitoon, avustamiseen tai valvontaan kuuluu		
	Päivällä:		
	Yöllä:		

	Onko hoidettava päivittäin tai muutoin säännöllisesti	missä, kuinka paljon (h/vrk ja pvä/vko)
	<input type="checkbox"/> koulussa	
	<input type="checkbox"/> päiväkodissa	
	<input type="checkbox"/> päivätoiminnassa	
	<input type="checkbox"/> suojatyössä	
	<input type="checkbox"/> päivä-/yöhoidossa	
	<input type="checkbox"/> muualla	
Vanhempien työssäkäynti, jos haetaan lapsen omaishoidontukea	Isä: <input type="checkbox"/> kokopäivätyö, työaika <input type="checkbox"/> osapäivätyö, työaika <input type="checkbox"/> ei työssä <input type="checkbox"/> työtön, mistä alkaen Ammatti: Työnantaja:	Äiti: <input type="checkbox"/> kokopäivätyö, työaika <input type="checkbox"/> osapäivätyö, työaika <input type="checkbox"/> ei työssä <input type="checkbox"/> työtön, mistä alkaen Ammatti: Työnantaja:

HOITAJAA KOSKEVAT TIEDOT		
Henkilötiedot	Hoitajan nimi	Henkilötunnus
	Ammatti	Puhelinnumero
	Katuosoite	Postinumero ja -toimipaikka
Tiedot hoitosuhteesta	Hoitaja on hakijan <input type="checkbox"/> puoliso <input type="checkbox"/> vanhempi <input type="checkbox"/> lapsi <input type="checkbox"/> muu omainen, kuka _____ Mistä alkaen hoitanut hakijaa? _____ Onko hoitajalla tällä hetkellä muita hoidettavia? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, montako Jos hoitaja on hoidettavan lähiomainen, onko hän joutunut jäämään pois ansiotyöstä hoitaakseen tuen hakijaa? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, milloin	
Hoitajan vapaiden järjestäminen	<i>Omaishoitolain (2.12.2005/937) mukaan sitovaa hoitotyötä tekevällä omaishoitajalla on oikeus pitää vapaata vähintään 3 vuorokautta sellaista kalenterikuukautta kohti, jonka aikana hän on yhtäjaksoisesti tai vähäisin keskeytyksin sidottu hoitoon ympärivuorokautisesti tai jatkuvasti päivittäin. Sidonnaisuus katsotaan ympärivuorokautiseksi siitä huolimatta, että hoidettava viettää säännöllisesti vähäisen osan vuorokaudesta käyttäen kotinsa ulkopuolella järjestettyjä sosiaali- ja terveyspalveluita tai saaden kuntoutusta tai opetusta.</i> <i>Omaishoitolain mukaan lakisäätiset vapaapäivät eivät vähennä hoitopalkkion määrää. Kunnan on huolehdittava hoidettavan hoidon tarkoituksenmukaisesta järjestämisestä omaishoitajan vapaan aikana ja se on maksullista.</i>	

	<p>Miten kohdallanne vapaan toteuttaminen tapahtuisi käytännössä?</p> <p><input type="checkbox"/> viikoittain</p> <p><input type="checkbox"/> kuukausittain</p> <p><input type="checkbox"/> lomajaksoina</p> <p><input type="checkbox"/> en halua käyttää lakisääteistä oikeuttani vapaisiin</p>	
<p>Allekirjoitukset</p>	<p>Allekirjoituksellani vakuutan antamani tiedot oikeiksi ja suostun tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 20 §).</p>	
	<p>Aika ja paikka</p>	
	<p>Hoidettavan allekirjoitus</p>	<p>Hoitajan allekirjoitus</p>
<p>HAKEMUKSEN LIITTEET</p>	<p><input type="checkbox"/> Lääkärin lausunto (alle 6kk vanha)</p> <p><input type="checkbox"/> Tapaturmaviraston päätös (sotilasvammalain piiriin kuuluva)</p>	