



Mikkelin kaupunki
Sosiaali- ja terveystoimi
Vammaispalvelu

Omaishoidontukihakemus

Maaherrankatu 9-11, 50100 Mikkeli

puh. (015) 1941

faksi (015) 194 2375

Hakemus saapunut: _____ Hakemuksen vastaanotti: _____

Hakemus viety ohjelmaan

Saapumiskirje on lähetetty

Hoitajan tiedot	Nimi	Henkilötunnus
	Katuosoite	Puhelin
	Postinumero ja postitoimipaikka	
Hoidettavan tiedot	Nimi	Henkilötunnus
	Katuosoite	Puhelin
	Postinumero ja postitoimipaikka	
Hoidettavan olosuhteet	Hoidettava asuu <input type="checkbox"/> yksin <input type="checkbox"/> hoitajan kanssa <input type="checkbox"/> muun henkilön kanssa	
	Saako hoidettava kotiapua?	
	Miten usein ja mistä?	
	Saako hoidettava kotisairaanhoidon palveluja?	
		Miten usein?

Hoitoisuus	<p>Hoidettava</p> <input type="checkbox"/> tarvitsee jatkuvaa ympärivuorokautista hoitoa ja huolenpitoa <input type="checkbox"/> hoitotyö edellyttää pääsääntöisesti kokopäivätoimista työpanosta tarvitsee apua <input type="checkbox"/> peseytymisessä <input type="checkbox"/> pukeutumisessa <input type="checkbox"/> wc-asioiden hoidossa <input type="checkbox"/> liikkumisessa <input type="checkbox"/> ruokailussa <input type="checkbox"/> on muistamaton, levoton, karkailee <input type="checkbox"/> voi olla yksin ___ tuntia vuorokaudessa <input type="checkbox"/> tarvitsee yövalvontaa <input type="checkbox"/> on hoidossa muualla Missä ja kuinka usein?
Kelan etuudet	<p>Saan Kelalta</p> <input type="checkbox"/> hoitotuki € /kk <input type="checkbox"/> vammaistuki € /kk <input type="checkbox"/> kuntoutusraha € /kk <input type="checkbox"/> muu tuki, mikä? € / kk
Suostumus	<input type="checkbox"/> Anna suostumukseni tämän hakemuksen käsittelyssä tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta.
Lisätietoja	
Allekirjoitus	<p>Päiväys ___ / ___ 20 _____ Hakijan tai hänen edustajan allekirjoitus</p>
Huoltaja / Avustaja	<p>Hakemuksen täytössä avusti Nimi: _____ Yhteystiedot: _____</p>
Liitteet	<input type="checkbox"/> Lääkärintodistus <input type="checkbox"/> Muu, mikä?