



Kosken TI kunta
sosiaalilautakunta

Hakemus
Henkilökohtainen
avustaja

Hakemus vast.ott.

____ / ____ 20 ____

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987 9 §

Hakijan henkilötiedot	Hakijan nimi		Henkilötunnus
	Osoite		Puhelin
	Postinumero	Postitoimipaikka	
Lähiomaisen tai muun yhteyshenkilön tiedot	Nimi		Henkilötunnus
	Osoite		Puhelin
	<input type="checkbox"/> Asun yksin	<input type="checkbox"/> Asun	kanssa

Vamma tai sairaus	Toimintakykyyn vaikuttavat vammat ja/tai sairaudet
	Käytössä olevat apuvälineet

Hakeminen	Tarvitaanko hakijan kotona tapahtuvaa hoidollista apua?
Lääkehoitoa	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä
Pesuapua	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> osallistuu itse, mutta tarvitsee myös apua <input type="checkbox"/> kyllä, ei pysty peseytymään itse
Wc-toiminnoissa	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä
Sänkyyn siirtymisessä	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä
Apua kauppa-asiointissa	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> osallistuu itse, mutta tarvitsee apua <input type="checkbox"/> kyllä
Ruoanlaittoapua	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> osallistuu itse, mutta tarvitsee myös apua <input type="checkbox"/> kyllä

	Käykö hakijan luona kotiapua <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä Onko hakijalle myönnetty omaishoitaja? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä Onko hakijalla tukihenkilö/tukiperhe <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	
	Kuinka kauan hakija voi olla kotona yksin ilman apua?	
	Henkilökohtaisen avun tarve Arvioitu tuntimäärä yhteensä arkisin _____ h/ vrk Arvioitu tuntimäärä viikonloppuisin _____ h/ vrk Arvioitu tuntimäärä viikossa _____ h /vrk Apua tarvitaan <input type="checkbox"/> aamulla <input type="checkbox"/> päivällä <input type="checkbox"/> illalla <input type="checkbox"/> yöllä	
Suostumus ja allekirjoitus	<input type="checkbox"/> Suostun siihen, että hakemusta käsittelevä työntekijä voi pyytää muilta viranomaisilta hakemuksessa tarvittavia lisätietoja, Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) § 14 – 20	
	<table border="1"> <tr> <td>Paikka ja pvm</td> <td>Allekirjoitus</td> </tr> </table>	Paikka ja pvm
Paikka ja pvm	Allekirjoitus	
Liitteet	Terveystietojen selvitys, joka sisältää selvityksen hakijan vammasta tai sairaudesta sekä toimintakyvystä <input type="checkbox"/> Liitteenä <input type="checkbox"/> Toimitettu aiemmin <input type="checkbox"/> Toimitetaan myöhemmin	
Palautus	Asiakastietonne rekisteröidään Kosken TI kunnan sosiaalitoimen asiakastietojärjestelmään ja rekisteriseloste on nähtävissä kunnan kotisivuilla Hakemus palautetaan osoitteeseen: Kosken TI sosiaalitoimi Härkätie 5 31500 Koski TI	