

HAKIJAN TIEDOT

Sukunimi ja etunimet		Henkilötunnus	
Nykyinen osoite		Postinumero ja -toimipaikka	
Puhelin		Kotikunta	
Hakija on hakemuksen tekohetkellä		<input type="checkbox"/> omassa kodissa	<input type="checkbox"/> sairaalan vuodeosastolla
		<input type="checkbox"/> muualla, missä:	
Siviilisääty	<input type="checkbox"/> naimaton	<input type="checkbox"/> naimisissa	<input type="checkbox"/> avoliitossa
	<input type="checkbox"/> eronnut	<input type="checkbox"/> leski	<input type="checkbox"/> asuu erillään

AVIO- / AVOPUOLISON TIEDOT (tarvittaessa)

Sukunimi ja etunimet	Puhelin
Osoite (jos eri kuin hakijan)	

LÄHIOMAISEN / EDUNVALVOJAN YHTEYSTIEDOT

Sukunimi ja etunimet	Puhelin
Suhde <input type="checkbox"/> lapsi <input type="checkbox"/> puoliso <input type="checkbox"/> edunvalvoja <input type="checkbox"/> muu, mikä:	

HAKIJAN TERVEYDENTILA JA AVUN TARVE

Hakijan ongelmat asumisessa
Terveystila ja avun tarve (omin sanoin)

Hakijan käytössä olevat apuvälineet	<input type="checkbox"/> pyörätuoli (itsenäisesti)	<input type="checkbox"/> pyörätuoli (avustettuna)
<input type="checkbox"/> rollaattori	<input type="checkbox"/> muu apuväline, mikä:	
Saatteko apua ulkopuolisilta? Minkälaista apua ja keneltä?		
Muuta huomioitavaa		

VALINTAPERUSTEET JA ASIAKASOHJAUS

1. Asukasvalinnan ratkaisee palveluiden tarve, joka arvioidaan yksilöllisesti asiakasta kuullen.
2. Arvioinnit perustuvat yhtenäiseen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn arviointiin.
3. Hakija ohjataan niiden hoiva-asumisen tai muiden palveluiden piiriin, mihin hän palvelutarpeen ja toimintakyvyn arvioinnin perusteella kuuluu.
4. Jos hakija ei ota vastaan hänelle tarjottua hoiva-asumispaikkaa arvioidaan palveluntarve uudestaan. Hakija voi esittää toiveita, mutta hoivapaikkaa ei voi valita, vaan paikan määrää palvelun tarve ja vapautuvat paikat.
5. Päätös tarkistetaan aina hakijan toimintakyvyn/olosuhteiden muuttuessa.

SUOSTUMUS TIETOJEN KÄYTTÖÖN

Suostun siihen, että hakemuksen käsittelyyn osallistuvat henkilöt hankkivat tarvittaessa hoitotietojani Effica asikastietojärjestelmästä päätöksentekoa varten

ALLEKIRJOITUS

Paikka ja päiväys	Allekirjoitus (hakija, lähiomainen tai edunvalvoja)
	Nimen selvennys
Hakemuksen täytössä avustanut (nimi, puhelinnumero)	

LISÄTIETOJA

Palvelujohtaja Leila Tylli, puh. 040 5122 315

HAKEMUKSEN JÄTTÄMINEN

- * Miehikkälän sosiaali- ja terveystoimisto, Keskustie 6, 49700 Miehikkälä
- * Villinrannan palvelukeskus, Rantatie 22, 49900 Virolahti