



Härkätien sosiaali- ja terveyspalvelut
Vammaispalvelut
PL 24
21421

HAKEMUS HENKILÖKOHTAINEN APU

SAAPUMISPÄIVÄ

HENKILÖTIEDOT

Hakijan nimi:	Henkilötunnus:
Osoite:	Puhelinnumero, josta tavoittaa päivisin:
Postinumero ja -toimipaikka:	Vakinainen asuinkunta:
Ammatti:	Sähköpostiosoite:
Siviilisäätö	
<input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> Avio-/Avoliitossa/Rekisteröity parisuhde <input type="checkbox"/> Eronnut <input type="checkbox"/> Leski	
Samassa taloudessa asuvat henkilöt	
<input type="checkbox"/> Asun yksin <input type="checkbox"/> Asun seuraavien henkilöiden kanssa (nimi ja syntymävuosi)	
KUVAUS VAMMAN AIHEUTTAMASTA HAITASTA Vamma tai sairaus	
Vamman tai sairauden aiheuttamat haitat jokapäiväisissä toiminnoissa	
Saatteko tämän sairauden tai vamman perusteella palvelua tai korvausta tapaturmasta, liikennevahingosta, potilasvahingosta tai sotilasvammasta?	
<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	
Jos saatte, niin mitä ja mistä?	

MUU APU / HOITO

Keneltä saatte apua / hoitoa?

Saatteko kotipalvelua / kotihoitoa?

 Ei Kyllä

Jos saatte, niin kuinka usein?

Omaishoito

 Ei Kyllä**KUINKA PALJON TARVITSETTE APUA SEURAAVIIN ASIOIHIN**

Päivittäiset toimet kodissanne	En lainkaan	Vähän	Paljon
Ruuanlaitto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syöminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pukeutuminen ja riisuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WC-toiminnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygieniasta huolehtinen (hiukset, parta, ym.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peseytyminen suihkussa tai saunassa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liikkuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siivous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaatehuolto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lisätietoja avun tarpeesta

Päivittäiset toimet kotinne ulkopuolella	En lainkaan	Vähän	Paljon
Liikkuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asiointi esim. ruokakaupassa, vaatekaupassa, virastossa, kirjastossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muiden päivittäisten asioiden hoito kotinne ulkopuolella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lisätietoja avun tarpeesta

Yhteiskunnallinen osallistuminen	En lainkaan	Vähän	Paljon
Tilaisuuksissa, tapahtumissa, konserteissa tai urheilutapahtumissa käyminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lisätietoja avun tarpeesta			
Harrastukset ja vapaa-ajan toiminnot	En lainkaan	Vähän	Paljon
Harrastukseenne ja vapaa-ajan toimintonne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lisätietoja avun tarpeesta			
Sosiaalisen vuorovaikutuksen ylläpitäminen	En lainkaan	Vähän	Paljon
Ystävien tai sukulaisten tapaaminen kodin ulkopuolella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikointi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lisätietoa avun tarpeesta			
Lisätietoja kommunikoinnista (puheen ymmärtäminen, tuottaminen, tuki, kieli)			
Työ			
Oletteko työsuhteessa tai onko teillä oma yritys?			
<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä			
	En lainkaan	Vähän	Paljon
Kuinka paljon tarvitsette apua työssänne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lisätietoa avun tarpeesta			
Opiskelu			
Onko opiskelunne tutkintoon johtava?			
<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä			
Onko opiskelunne ammattitaitoa täydentävää?			
<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä			
Miten kauan opiskelu kestää?			

	En lainkaan	Vähän	Paljon
Kuinka paljon tarvitsette apua opiskelussanne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lisätietoa avun tarpeesta			

HAETTAVAT PALVELUT

Erittely haettavasta palvelusta sekä tuntimäärät kodissa tarvittavaan apuun ja kodin ulkopuolisiin toimintoihin

SUOSTUMUS

Suostun siihen, että työntekijä saa pyytää/hankkia asiani käsittelyn kannalta välttämättömiä tietoja Liedon kunnan sosiaali - ja terveydenhuollon rekistereistä
Lapsiperheiden palveluiden rekisteristä
Potilasrekisteristä
Päihdehuollon asiakasrekisteristä
Työikäisten palvelujen asiakasrekisteristä
Hoito- ja hoivapalvelujen (vanhuspalvelujen) asiakasrekisteristä
sekä
Liedon kunnan varhaiskasvatuksen asiakasrekisteristä
Työllistämispalveluiden valmennuksen ja palkkatukityöllistymisen asiakasrekisteristä
Kansaneläkelaitokselta
Vakuutusyhtiöiltä

Suostumus hakemuksen käsittelemiseksi välttämättömien tietojen hankkimiseen:

Suostumus on voimassa asianne käsittelyn ja palvelun voimassaolon ajan ja se lakkaa automaattisesti palvelun päätyttyä. Mikäli tietojanne tarvitaan tämän jälkeen, teiltä tullaan pyytämään suostumusta uudelleen. Tietojen pyynnöstä ja saamisesta tehdään merkintä sosiaalihuollon asiakasrekisteriin. Mikäli hakemuksen käsittelemiseksi tarvitaan tietoja muista henkilörekistereistä, tullaan pyytämään tietojen saamiseen erillinen suostumus. Asiakkaalla on oikeus peruuttaa antamansa suostumus missä asian käsittelyn vaiheessa tahansa.

Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 20 §:n mukaan valtion ja kunnan viranomaisen sekä muu julkisoikeudellinen yhteisö, kansaneläkelaitos, eläketurvakeskus, eläkesäätiö ja muu eläkelaitos, vakuutuslaitos, koulutuksen järjestäjä, sosiaalipalvelun tuottaja, terveyden- ja sairaudenhoitotoimintaa harjoittava yhteisö tai toimintayksikkö sekä terveydenhuollon ammattihenkilö ovat velvollisia antamaan sosiaalihuollon viranomaiselle sen pyynnöstä maksutta ja salassapitosäännösten estämättä hallussaan olevat sosiaalihuollon asiakassuhteeseen olennaisesti vaikuttavat

tiedot ja selvitykset, jotka viranomaiselle laissa säädetyn tehtävän vuoksi ovat välttämättömiä asiakkaan sosiaali-
huollon tarpeen selvittämiseksi, sosiaalihuollon järjestämiseksi ja siihen liittyvien toimenpiteiden toteuttamiseksi
sekä viranomaiselle annettujen tietojen tarkistamista varten.

Teillä on oikeus tarkistaa itseänne koskevat tiedot sekä oikeus vaatia virheellisten tai tarpeettoman tiedon korjaa-
mista. Vaatimuksenne voitte esittää asiaanne hoitavalle viranhaltijalle. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja
oikeuksista 13 §.)

- Suostun
- En suostu ja ymmärrän, että tämä saattaa vaikuttaa asiani käsittelyyn
- Olen tietoinen, siitä, että tietojani rekisteröidään Liedon sosiaali -ja terveystietojärjestelmään.

ALLEKIRJOITUS

Paikka ja päivämäärä

Hakijan allekirjoitus ja nimen selvennys

Lisätietoja antaa

Palveluohjaaja puh. 050 571 6962 (alle 65-vuotiaiden omaishoidontuki ja kehitysvammahuollon palvelut)

Sosiaalityöntekijä A- N puh. 050 591 2293 ma-ke, pe 9-10

Sosiaalityöntekijä O-Ö puh 040 5691673 ma-pe 9-10