

Sosiaali- ja terveystalvelut
Social- och hälsövärdsservice

Saapumis pvm
Mottaget datum

Käsittelypvm
Behandlingsdatum

1 HAKIJAN TIEDOT | UPPGIFTER OM DEN SÖKANDE

Sukunimi Efternamn	Etunimet Förnamn
Henkilötunnus Personbeteckning	Kotikunta (väestörekisterin mukaan) Hemkommun (enligt befolkningsregistret)
Jakeluosoite Postadress	Puhelinnumero Telefonnummer
Postinumero Postnummer	Postitoimipaikka Postanstalt
Paikka, jossa jonottaa, ellei kotona Plats, där man köar, ifall inte hemma	
Siviilisäätö Civilstånd	
<input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> Avoliitossa <input type="checkbox"/> Naimisissa <input type="checkbox"/> Eronnut <input type="checkbox"/> Leski <input type="checkbox"/> Asuu erillään <input type="checkbox"/> Ogift <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Frånskild <input type="checkbox"/> Änka/Änkling <input type="checkbox"/> Bor separat	

2 PUOLISON TIEDOT | MAKEN/MAKAN UPPGIFTER

Puolison nimi Makens/makans namn	Puolison henkilötunnus Makens/makans personbeteckning
<input type="checkbox"/> Puoliso muuttaa mukana (Huom! Molemmista oma hakemus) Maken/makan flyttar också (OBS! Egen ansökan för bägge)	

3 LÄHIOMAINEN | NÄRMÄST ANHÖRIG

Omainen/yhteyshenkilö tai edunvalvoja ja yhteystiedot (osoite ja puhelinnumero) Anhörig/kontaktperson eller intressebevakare och kontaktppgifter (adress och telefonnummer)
--

4 NYKYINEN ASUNTO | NUVARANDE BOSTAD

Nykyinen asumismuoto Nuvarande boendeform:	
<input type="checkbox"/> Omistusasunto Aktielägenhet	<input type="checkbox"/> Vuokra-asunto Hyresbostad
<input type="checkbox"/> Omakotitalo Egnahemshus	<input type="checkbox"/> Rivitalo Radhus
<input type="checkbox"/> Kerrostalo ____ krs Höghus ____ vån.	<input type="checkbox"/> Hissi Hiss
Palvelutalo, mikä Servicehus, vilket _____	Muu, mikä Annan, vad _____
<input type="checkbox"/> Asuu yksin Bor ensam	<input type="checkbox"/> Asuu yhdessä, kenen kanssa Bor tillsammans, med vem
Vuokra / yhtiövastike _____ € / kk	Huoneiston pinta-ala _____ m ²
Hyra / vederlag _____ € / mån	Boende yta _____ m ²
	Huoneistotyyppi _____ h + k/kk
	Boende typ _____ r + k/kv
Nykyisen asunnon varustetason puutteet Brister i utrustningsstandarden i nuvarande bostad:	

5 KOTONA ASUMISTA TUKEVAT PALVELUT TÄLLÄ HETKELLÄ SERVICE SOM FÖR NÄRVARANDE STÖDER HEMMABOENDE

<input type="checkbox"/> Kunnallinen kotihoito Kommunal hemvård	Käyntejä _____ vuorokaudessa _____ viikossa _____ kuukaudessa Antal besök _____ i dygnet _____ veckan _____ månaden	<input type="checkbox"/> Yksityinen kotihoito Privat hemvård	Käyntejä _____ vuorokaudessa _____ viikossa _____ kuukaudessa Antal besök _____ i dygnet _____ veckan _____ månaden
Aika _____ h /vuorokaudessa/viikossa/kuukaudessa		Palvelun tuottaja _____	
Tid _____ h/dygn/vecka/månad		Serviceproducent _____	
<input type="checkbox"/> Omaisen Anhöriga	Käyntejä _____ vuorokaudessa _____ viikossa _____ kuukaudessa Antal besök _____ i dygnet _____ veckan _____ månaden	<input type="checkbox"/> Yöpartio Nattpatrull	Käyntejä _____ kpl/yö Antal besök _____ st/natt
<input type="checkbox"/> Ateriapalvelu määrä _____ /viikko Måltidsservice mängd _____ /vecka	<input type="checkbox"/> Kauppapalvelu Butiksservice	<input type="checkbox"/> Apteekkipalvelu Apoteksservice	
<input type="checkbox"/> Päiväkeskus käyntejä _____ /viikko Dagcenter _____ besök/vecka	Päiväkeskuksen nimi _____ Dagcentrets namn: _____		
<input type="checkbox"/> Turvapuhelin Trygghetstelefon	<input type="checkbox"/> Ovivahti Dörrvakt		
<input type="checkbox"/> Omaishoidontuki Stöd för närståendevård	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Omaishoitajan nimi _____	
<input type="checkbox"/> Närståendevårdarens namn: _____			
<input type="checkbox"/> Vuorohoito, kuinka järjestetty Korttidsvård, hur har det anordnats _____			
Vammaispalvelulain / sosiaalihuoltolain mukaiset palvelut Service enligt handikappservicelagen/socialvårdslagen			
<input type="checkbox"/> Kuljetuspalvelut Färdtjänst	<input type="checkbox"/> Henkilökohtainen apu ja määrä _____ Personlig assistans och mängd _____		
<input type="checkbox"/> Eläkkeensaajan hoitotuki (Kela) _____ €/kk Vårdbidrag för pensionstagare (FPA) _____ €/mån			
Muita kotona asumista tukevia palveluita Annan service som stöder hemmaboende: _____ _____			

6 HENKILÖKUNNAN JA/TAI OMAISTEN HUOMIOITA PERSONALENS OCH/ELLER DE ANHÖRIGAS ANMÄRKNINGAR

Erityistä huomioitavaa (liikkuminen, vaippojen käyttö, vuorokausirytm, osaako käyttää turvapuhelinta, mieliala, käytöshäiriö):
Särskilt att beakta (rörelseförmåga, användning av blöjor, dygnsrytm, kan använda trygghetstelefonen, sinnestillstånd, beteendestörning):

Sairaalajaksoja viimeisen vuoden aikana
Sjukhusperioder under det senaste året

ei
inga

1-4

5 tai enemmän
eller fler

7 HAETTAVA HOITOPAIKKA | DEN VÅRDPLATS SOM SÖKS

- Dementiayksiköt
- Demensenheter
- Tehostettu palveluasuminen ei muistisairaille
- Effektiverat serviceboende, ej för minnessjuka

PERUSTELUT: Pääasialliset syyt, miksi ei voi jatkaa nykyisessä asumismuodossa?

MOTIVERINGAR: De huvudsakliga orsakerna för varför den sökande inte kan fortsätta med nuvarande boendeform?

8 TULOT | INKOMSTER

Kuukausitulot / brutto _____

Månadsinkomster / brutto _____

9 HOITOISUUSMITTARIT Hoitohenkilökunta täyttää MÄTARE FÖR VÅRDBEROENDE Vårdpersonalen fyller i

Kotihoidon tiimi | Teamet för hemvård: _____

Puh. | Tfn: _____

Omahoitaja | Egen skötare: _____

RAI-arvio | RAI-bedömning: _____

Tehty päivämäärä | Datum då testet utfördes: _____

MMSE-pisteet | MMSE-poäng: _____

Tehty päivämäärä | Datum då testet utfördes: _____

Hoitohenkilökunnan arvio asiakkaan kotona selviämisestä ja kiireellisyydestä
Vårdpersonalens bedömning om hur klienten klarar sig hemma och hur brådskande behovet är

- ei kiireellinen, pärjää vielä nykyisessä asunnossa
inte brådskande, klarar sig ännu i nuvarande bostad
- kiireellinen hoitopaikan tarve
brådskande behov till vårdplats

10. SUOSTUMUS | SAMTYCKE

Suostumus yhteisten tietojärjestelmien käyttöön, selvittelyyn ja päätöksenteon tueksi SAS työryhmässä
Samtycke till användning av gemensam databas som stöd för utredning och beslutsfattande i SAS-arbetsgruppen.
Kyllä Ei Ja Nej

Vakuutan edellä olevat tiedot oikeiksi ja suostun niiden tarkistamiseen

Jag styrker att ovanstående information är korrekt och ger mitt samtycke till kontroll av den

Paikka / pvm / allekirjoitus

Plats/datum/underskrift _____

Täyttämässä avusti/puh.nro

Med ifyllandet hjälptes jag av/tfnr _____

Virka-asema, sukulaisuussuhde tai muu

Tjänsteställning, släktförhållande eller annat _____

11. LIITTEET | BILAGOR

Hakemuksen liitteet / Bilagor till ansökan

> Verotiedot erittelyosineen / Skatteuppgifter med specifikationsedel

> Lääkärintlausunto / Läkartutlåtande

> Kopio MMSE-testistä / Kopia av MMSE-testet

> Kopio RAI-arvioinnista (hoitohenkilökunta täyttää) /

Kopia av RAI- bedömning (vårdpersonalen fyller i)

> Hoitohenkilökunnan arvio asiakkaan kotona selviämisestä ja kiireellisyydestä /

Vårdpersonalens bedömning och hur klienten klarar sig hemma och hur brådskande behovet är

12. ULKOPAIKKAKUNTALAISET HAKIJAT (MUUT KUIN VAASALAISET HAKIJAT) SÖKANDE FRÅN ANDRA KOMMUNER (ANDRA SÖKANDE ÄN VASABOR)

Kotikunnan SAS-yhdyshenkilön tai muun palveluasumisesta/laitoshoidosta vastaavan viranomaisen yhteystiedot
Kontaktuppgifter för SAS-kontaktpersonen i hemkommunen eller en annan för serviceboende/anstaltsvård
ansvarande myndighet.

Onko palveluasumishakemus vireillä jossakin toisessa kunnassa? Ei

Ei

Nej

Kyllä Missä ?

Finns en serviceboendeansökan i kraft i någon annan kommun?

Ja, var?

Hakemuksen liitteet ulkopaikkakuntalaisille | Bilagor till ansökan för personer från andra kommuner:

> Lausunto hakijan omasta tahdosta hoitopaikan suhteen / Utlåtande om den sökandes egen vilja
gällande vårdplats

> Lääkärintlausunto / Läkartutlåtande

> Kopio MMSE-testistä / Kopia av MMSE-test

> Kopio RAI-arvioinnista tai muu kunnassa käytössä oleva hoitoisuusmittari / Kopia av RAI- bedömning eller
annan mätare för vårdbehovet som används i kommunen

> Hoitohenkilökunnan/sosiaalityöntekijän arvio asiakkaan toimintakyvystä ja kiireellisyydestä /

Vårdpersonalens/socialarbetarens bedömning av klientens funktionsförmåga och brådskande behov till service

> Verotiedot erittelyosineen / Skatteuppgifter med specifikationsdel

13 HAKEMUKSEN PALAUTUS | RETURNERANDE AV ANSÖKAN

IKÄKESKUS, osastosihteeri

Tammikaivontie 4, 65100 VAASA

Seniorcenter, avdelningssekreterare

Damnbrunnsvägen 4, 65100 VASA

V A S A .
V A S A .