

VASA STAD

ANSÖKAN OM NÄRSTÅENDEVÅRDSSTÖD

Social- och hälsovårdsverket

Handikappservice

Ankomstdag _____

Vörågatan 46

65100 Vasa

INFORMATION OM DEN SÖKANDE

Personuppgifter	Den sökandes (vårdbehövandes) namn	Personbeteckning
	Postadress	
	Postnummer och -anstalt	Telefon
	Familjeförhållanden Ogift ____ Gift ____ Samboende ____ Hemskillnad ____	
Familjeuppgifter	Storleken på den sökandes familj	Barnens födelseår
Boendeuppgifter	Bostadens storlek ____ rum och kök Bostaden är ____ egen ____ hyrd	
	Har förändringar gjorts i lägenheten p.g.a. den sökandes handikapp? Nej ____ Ja ____ Vad?	
Sjukdom, handikapp diagnos		

FUNKTIONSFÖRMÅGA OCH HJÄLPBEHOV

Rörelse	Rör sig självständigt ____ Behöver handledning och motivering ____ Behöver hjälpmedel, vad? _____
Hjälpmedel	Inne: Ute:

Förmåga att klara sig	Självständig	Begränsad	Behöver hjälp	
Påklädning	_____	_____	_____	
Ätande	_____	_____	_____	
WC-besök	_____	_____	_____	Blöja: Ja ____ Nej____
Tvätta sig	_____	_____	_____	

Dagligt vårdbehov	Medicin _____ Sköter själv, ingen övervakning behövs, doserar och tar själv medicinen _____ Behöver hjälp, medicinen fördelas i en dosett, därifrån medicinen tas själv _____ Bör övervakas, medicinen fördelas, kontroll att den vårdbehövande tar sin medicin _____ Övriga sjukvårdsåtgärder: _____
	Vad ingår i regelbunden vård, hjälp och övervakning? Dagtid: _____ Nattetid: _____
Daglig verksamhet	Är den vårdbehövande dagligen eller regelbundet i: _____ Dagem _____ h/vecka, var? _____ _____ Skola _____ h/vecka, var? _____ _____ Dagverksamhet _____ dagar/vecka, var? _____ _____ Öppet arbete _____ dagar /vecka, var? _____ _____ Veckoslutsvård _____ dagar/mån, var? _____ _____ Annanstans, var? _____
Bindande och kravnivå på vården	Den vårdbehövande kan lämnas ensam: kan inte lämnas ensam _____ för en stund i bekant miljö, t.ex. hemma _____ för 1-4 timmar _____ över 4 timmar/över natten _____ för 12-24 timmar _____

FÖRSTÅELSE OCH KOMMUNIKATION

Förståelse	Förstår normalt tal ____ Förstår tal delvis, men behöver upprepning eller specificering ____ Förstår klara och enkla meningar ____ Behöver ett hjälpmedel som stöd för talet, t.ex. teckenspråk ____ Förstår enbart lite tal ____		
Producering av tal	Kan via kommunikation uttrycka egna känslor och behov ____ Behöver stöd i kommunikationen och/eller handledning vid användning av hjälpmedel ____ Använder teckenspråk eller piktogram ____ Behöver en personlig assistent eller tolk ____		
Hörsel	Normal ____	Försvagad ____	Döv ____
Syn	Normal ____	Försvagad ____	Blind ____

INFORMATION SOM BERÖR VÅRDAREN

Personuppgifter	Vårdarens namn	Personbeteckning
	Postadress	
	Postnummer och -anstalt	Telefon
	Yrke	
	Vårdarens arbete ____ Heltidsarbete, kl. ____ ____ Deltidsarbete, kl. ____ ____ Ej i arbete, fr.o.m. ____ ____ Pensionerad	
Information om vårdförhållande	Vårdaren är den sökandes Make/maka ____ Annan närstående, vilken? ____ Barn ____ En från familjen utomstående anställd vårdare ____ Mor/far ____	
	Hur länge har vårdaren skött om den sökande? ____ Har vårdaren andra vårdbehövande som sköts om i denna stund? Nej ____ Ja ____	
	Ifall vårdaren är närstående till den hjälpbehövande, har denne någongång tvingats vara borta från sitt arbete för att sköta den stödsökande? Nej ____ Ja, när ____	

Tilläggsinformation	
Underskrifter	Vasa / 20__ Den vårdbehövandes underskrift _____ Vårdarens underskrift _____