



ANSÖKNING

Dagverksamhet ☐

Korttidsvård ☐

Ledighet enligt lag om stöd för närståendevård ☐

Namn (efternamn och förnamn)		Personbeteckning	
Adress		Postnummer	Telefonnummer
modersmål	Dörrsummer/kod	Födelseort	Tidigare yrke
Boende ☐ Bor ensam ☐ Bor med någon annan		Partnerns namn och förhållande till klienten	
Anhörig eller kontaktperson (namn och adress)			Telefonnummer
Person att kontakta vad gäller dagverksamheten ☐ kunden ☐ närstående eller kontaktperson ☐ någon annan, vem? _____			
☐ Använder hemhjälp: ☐ stadens ☐ privat Antal besök: ____/dag eller ____/vecka ☐ Ingen hemhjälp Hemservicens telefonnummer: _____			
Ansöker om plats i dagverksamheten ☐ Heldagsgrupp (6h/dag) ☐ Halvdagsgrupp, förmiddag (3h/dag) ☐ Halvdagsgrupp, eftermiddag (3h/dag)			
Förväntningar inför dagverksamheten. Du kan kryssa i ett eller flera alternativ ☐ Samvaro och diskussioner ☐ Rörlig verksamhet ☐ Hjärn-gymnastik ☐ Hantverk ☐ Musik ☐ Annat, vad? _____			
Korttidsvård ☐ tillfällig, önskad tid _____ ☐ regelbunden korttidsvård (intervallvård)			
INTRESSEN			

SJUKDOMAR	
PSYKISKT TILLSTÅND	<u>Minne</u> ☐ bra ☐ nedsatt ☐ glömsk MMSE poäng ____ / 30 <u>Psykiskt tillstånd</u> ☐ saklig ☐ nedstämd ☐ ensam ☐ deprimerad ☐ förvirrad ☐ orolig ☐ har drogproblem ☐ annat, vad? _____
RÖRELSEFÖRMÅGA	☐ god ☐ begränsad, men rör sig utan hjälp ☐ rör sig med hjälp ☐ rullstol ☐ rollator ☐ annat, vad? _____
HÖRSEL, SYN OCH TALFÖRMÅGA	☐ god hörsel ☐ nedsatt hörsel ☐ hörapparat ☐ döv ☐ god syn ☐ nedsatt syn ☐ blind ☐ afasi (svårt att tala/svårt att förstå talet)
MÅLTIDER	☐ äter själv ☐ behöver hjälp vid måltiderna ☐ måste matas
SPECIALDIET	
MEDICININTAG	☐ sköter självständigt ☐ behöver övervakas/påminnas om medicinintaget
WC-FUNKTIONER	☐ behöver ingen hjälp ☐ behöver hjälp ☐ använder blöja
☐ Jag ger mitt tillstånd till, att mina uppgifter får överföras inom social- och hälsovården. ☐ Mina uppgifter får ges till de enheter inom social- och hälsovården, som deltar i min vård samt till kundregister. (Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 22.9.2000/812; 16§ Samtycke till utlämnande av uppgifter; 17§ Utlämnande av sekretessbelagda uppgifter för tryggnad av vården av och omsorg om klienten; 20§ Skyldighet att lämna sekretessbelagda uppgifter till socialvårdsmyndigheten)	
Personen, som hjälpt till att fylla i ansökningen, titel och telefonnummer:	
Plats och datum	Kundens underskrift

Returnera ansökningen till adressen:
Seniorcenter | SAS
Dammbrunnsvägen 4, 65100 Vasa

Tilläggsinformation: 040-715 5521, 040-868 4602

VÄND