



## HAKEMUS OMAISHOIDON TUESTA

alle 18 vuotiaat ja  
yli 18 vuotiaat kehitysvammaiset

Saapumispäivämäärä \_\_\_\_/\_\_\_\_20\_\_\_\_

Vaasan kaupunki  
Sosiaali- ja terveystoimi  
Lapsi- ja perhesosiaalityö / Aikuisten sosiaalityö

Asiakas (hoidettavan henkilötiedot)	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite	Puhelinnumero
Edunvalvonta	<input type="checkbox"/> Yksityishenkilö	
	Nimi	Puhelinnumero
	Osoite	
	<input type="checkbox"/> Ammattihenkilö	
	Nimi	Tehtävänimike, organisaatio
	Osoite	Puhelinnumero
Huoltaja/ omainen/ hoitaja	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite	Puhelinnumero
	Hoitajan tilinumero	
	Hoitajan suhde hoidettavaan	<input type="checkbox"/> vanhempi <input type="checkbox"/> puoliso <input type="checkbox"/> lapsi <input type="checkbox"/> muu läheinen, kuka
	Hoitaja on ansiotyössä	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> kokopäivätyö <input type="checkbox"/> osapäivätyö
	Ammatti ja työpaikka	Puhelin työhön
	Onko hoitaja jäänyt kokonaan pois työstä hoitamaan hoidettavaa	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä

Haettavan palvelun tiedot	Palvelua haetaan ajalle:
	Asiat, joissa hoidettava tarvitsee apua (jatka tarvittaessa erillisellä paperilla):
Liiteluettelo	
<p>Suostumme siihen, että sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaiset voivat antaa toisilleen asiakkuuteen liittyviä tarpeellisia tietoja.</p> <p><input type="checkbox"/> Kyllä</p> <p><input type="checkbox"/> Ei</p>	

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi ja ilmoitan, jos ne muuttuvat.

---

Paikka ja päiväys

---

Allekirjoitus ja nimenselvennys

**Hakemukseen on liitettävä lääkärinlausunto, josta selviää hoidettavan terveydentila ja toimintakyky.**

**Hakemuksen palautusosoite:**

alle 18-vuotiaat:  
 Vaasan kaupunki  
 Sosiaali- ja terveystoimi  
 Lapsi- ja perhesosiaalityö  
 PL 241  
 65101 VAASA

yli 18 vuotiaat kehitysvammaiset henkilöt:  
 Vaasan kaupunki  
 Sosiaali- ja terveystoimi  
 Aikuisten sosiaalityö  
 PL 241  
 65101 VAASA