



## Vanhuspalvelut

## HAKEMUS OMAISHOIDON TUKI

Hakemuksen saapumispäivä\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Omaishoidon tuen myöntäminen perustuu lakiin omaishoidon tuesta(937/2005) ja lain muutoksiin (950/2006 ja 511/2016) sekä Jämsän kaupungin sosiaali- ja terveyslautakunnan päätökseen 18.12.2019 § 117 omaishoidon tuen määrästä ja myöntämisperusteista.

Hoidettava\_\_\_\_\_Henkilötunnus\_\_\_\_\_

Osoite\_\_\_\_\_

Puhelin\_\_\_\_\_

Hoitaja\_\_\_\_\_Henkilötunnus\_\_\_\_\_

Osoite\_\_\_\_\_

Puhelin\_\_\_\_\_

### Hoitaja on hoidettavan

\_\_\_\_puoliso \_\_\_\_lapsi \_\_\_\_sisar/veli \_\_\_\_muu omainen, mikä\_\_\_\_\_

### Hoitaja

\_\_\_\_jää pois työstä ajalle\_\_\_\_\_

\_\_\_\_jää osa-aikatyöhön ajalle\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ansiotyö ei muutu hoitosuhteen vuoksi

\_\_\_\_ei ole ansiotyössä/ ei ole työnhakijana/ on eläkkeellä

### Saako hoidettava Kelalta eläkettä saavan hoitotukea?

\_\_\_\_ei saa \_\_\_\_saa: hoitotuen määrä on \_\_\_\_\_ euroa.

Eläkettä saavan hoitotukihakemus on jätetty Kelaan. Milloin?\_\_\_\_\_

### Hoidettavan vamma/pitkäaikainen sairaus

---

---



**Hoidettavan kotiolosuhteet**

**Kyllä**

**Ei**

1. sisä-wc
2. suihku/sauna
3. lämmin vesi
4. kerrostalossa on hissi
5. muuta huomioitavaa

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Hoidettavan hoidon tueksi tarvitsemat palvelut**

1. kotihoito \_\_\_\_\_ kertaa/tuntia/viikko
2. kotihoidon sairaanhoitaja \_\_\_\_\_ kertaa/tuntia/viikko
3. lyhytaikaishoito laitoksessa \_\_\_\_\_ viikko/kuukausi
4. päiväkeskuskäynnit \_\_\_\_\_ viikko/kuukausi
5. muut tukipalvelut, esim. turvapuhelin \_\_\_\_\_

**Hoidettavan liikkumiskyky, päivittäiset toiminnot ja psyykinen tila**

**Liikkumiskyky**

- \_\_\_\_\_ itsenäisesti  
\_\_\_\_\_ apuvälineiden avulla, keppi/sauva  
\_\_\_\_\_ pyörätuolilla itsenäisesti  
\_\_\_\_\_ huomattavasti apua, liikkuu kelkan tai taluttajan avulla  
\_\_\_\_\_ istuu tuolissa siihen autettuna  
\_\_\_\_\_ vuoteeseen hoidettava

**Päivittäiset toiminnot**

**Syöminen**

- \_\_\_\_\_ itsenäisesti  
\_\_\_\_\_ apuvälineiden avulla  
\_\_\_\_\_ toisen auttamana  
\_\_\_\_\_ täysin autettava

**Peseytyminen**

- \_\_\_\_\_ itsenäisesti  
\_\_\_\_\_ tarvitsee vähän apua  
\_\_\_\_\_ tarvitsee huomattavasti apua  
\_\_\_\_\_ täysin autettava

**Pukeutuminen**

- \_\_\_\_\_ itsenäisesti  
\_\_\_\_\_ tarvitsee vähän apua tai apuvälineiden avulla  
\_\_\_\_\_ tarvitsee huomattavasti apua  
\_\_\_\_\_ täysin autettava

**Eritystoiminnot**

**WC-käynti**

- \_\_\_\_\_ itsenäisesti  
\_\_\_\_\_ tarvitsee vähän apua  
\_\_\_\_\_ tarvitsee huomattavasti apua  
\_\_\_\_\_ käyttää alusastiaa/ portatiivia

**Virtsan pidätyskyky**

- \_\_\_\_\_ siisti  
\_\_\_\_\_ kestokatetri  
\_\_\_\_\_ kastelee ajoittain  
\_\_\_\_\_ kastelee jatkuvasti

**Ulosteen pidätyskyky**

- \_\_\_\_\_ siisti  
\_\_\_\_\_ sotkee ajoittain  
\_\_\_\_\_ sotkee jatkuvasti



**Psyykkinen tila**

- asiallinen, rauhallinen
- muisti häiriintynyt
- muistamaton ja ajoittain sekava
- sekava, levoton

**Lääkkeet**

- itsenäisesti; ei tarvitse valvontaa annostelee ja ottaa lääkkeet itse
- jaettava; lääkkeet jaetaan dosettiin/ annosmukiin, josta hoidettava ottaa itse
- valvottava; lääkkeet jaetaan ja varmistetaan, että hoidettava ottaa ja nielee ne

**Näkö**

- normaali silmälasien kanssa tai ilman; ei haittaa päivittäisiä toimia
- heikko, myös apuvälineitä käyttäen; tarvitsee opastusta oudossa ympäristössä
- sokea

**Kuulo**

- normaali; kuulee puheen ilman apuvälineitä
- alentunut; apuväline käytössä tai kuulee vain korotetun selkeän puheen
- kuuro

**Puhe**

- normaali; tuottaa selvää, ymmärrettävää puhetta
- epäselvä, puuromainen, sammaltava, takelteleva, osia sanoista puuttuu
- afasia, sanojen merkitys väärä, ei löydy oikeita sanoja, puhekyvytön

**Muisti**

- normaali; aikaan ja paikkaan orientoitunut, muistaa menneet ja nykyiset
- alentunut; muistaa vanhat asiat paremmin kuin nykyiset, tietää missä ollaan
- muistamaton; ei orientoitunut aikaan/ paikkaan, ihmisten tunteminen vaikeaa

**Käytössä olevat apuvälineet:**

---

---

---

**Hoidettavan päivittäinen avuntarve**

Kuvaillkaa mahdollisimman tarkasti, mitä säännölliseen hoitoon, auttamiseen tai valvontaan kuuluu.

**Avuntarve aamulla:**

---

---

**Avuntarve päivällä:**

---

---

**Avuntarve illalla:**

---

---

**Avuntarve yöllä:**

---

---



**LIITTEET**

**Valtiokonttorin päätös** sotilasvammalain piiriin kuuluvilta (vähintään 20%:n haitta)

**Suostun päätöksentekoa varten tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta.**

**Vakuutan antamani tiedot oikeiksi ja ilmoitan, jos tiedot muuttuvat.**

Paikka ja aika \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Hoidettavan allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
Omaishoitajan allekirjoitus

**Lisätietoja ja palautusosoite:**

Omaishoidon ohjaaja Armi Raninen  
Sairaalantie 11  
42100 Jämsä  
puh. 050 560 7776  
sähköposti: [armi.raninen@pihlajalinna.fi](mailto:armi.raninen@pihlajalinna.fi)