

JÄMSÄN VANHUSPALVELUIDEN PALVELUHAKEMUS

Hakemuksen saapumispäivä: _____

1. MITÄ HAETAAN	<input type="checkbox"/> JAKSOHOITO, minkä verran jaksohoitoa haetaan: _____ <input type="checkbox"/> PALVELUASUMINEN (ei ympärivuorokautinen) <input type="checkbox"/> RYHMÄKOTI (ei ympärivuorokautinen) <input type="checkbox"/> TEHOSTETTU PALVELUASUMINEN (ympärivuorokautinen)	
2. HAETTAVAN PALVELUN SIJAINTI	<input type="checkbox"/> Halli <input type="checkbox"/> Länkipohja	<input type="checkbox"/> Jämsänkoski <input type="checkbox"/> Seppola
3. HAKIJAN TIEDOT	Nimi ja kotikunta _____ Henkilötunnus _____	
	Osoite ja puhelinnumero _____ <input type="checkbox"/> Sotainvalidi <input type="checkbox"/> Veteraani	
4. LÄHIOMAINEN TAI EDUNVALVOJA	Yhteyshenkilön nimi, osoite ja puhelinnumero _____	Edunvalvojan nimi, osoite ja puhelinnumero _____
5. PÄÄTÖSVASTAUKSEN LÄHETTÄMINEN	Nimi ja osoite _____	
6. NYKYINEN ASUNTO	Nykyinen asumismuoto <input type="checkbox"/> Kerrostalo <input type="checkbox"/> Omakotitalo <input type="checkbox"/> Rivitalo <input type="checkbox"/> TK:n vuodeosasto <input type="checkbox"/> Palvelutalo, mikä _____ <input type="checkbox"/> Asuu yksin <input type="checkbox"/> Asuu yhdessä <input type="checkbox"/> Nykyinen asunto haasteellinen asua, miksi: _____ _____	

<p>7. DIAGNOOSIT</p>	
<p>8. SAIRAALAOHOITO</p>	<p>Sairaalahoito viimeisen puolen vuoden aikana, aika ja syy:</p>
<p>9. KOTONA ASUMISTA TUKEVAT PALVELUT</p>	<p><input type="checkbox"/> Kunnallinen kotihoito Käyntejä _____ vrk/vko/kk Aika (h) _____ vrk/vko/kk Kuvaile palvelun sisältö lyhyesti: _____ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Yksityinen kotihoito/palveluntuottaja, mikä: _____ Käyntejä _____ vrk/vko/kk Aika (h) _____ vrk/vko/kk Kuvaile palvelun sisältö lyhyesti: _____ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Omaisen, kuka: _____ Käyntejä _____ vrk/vko/kk Aika (h) _____ vrk/vko/kk Kuvaile antamaasi apua lyhyesti: _____ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ateriapalvelu, määrä _____ /vko <input type="checkbox"/> Kauppapalvelu <input type="checkbox"/> Yöpartio, käyntejä _____ kpl/vko <input type="checkbox"/> Turvapuhelin <input type="checkbox"/> Päiväkeskus <input type="checkbox"/> Jaksohoito, määrä _____ /kk <input type="checkbox"/> Omaishoidontuki, tukiluokka _____, milloin tuki myönnetty _____</p> <p><input type="checkbox"/> Kuljetuspalvelu <input type="checkbox"/> Henkilökohtainen apu <input type="checkbox"/> Eläkkeensaajan hoitotuki (Kela) <input type="checkbox"/> perus <input type="checkbox"/> korotettu <input type="checkbox"/> ylin</p>

<p>10. HAKIJAN TOIMINTAKYKY JA AVUN TARVE</p>	<p>Kuvaile, miksi palvelua haetaan ja miksi nykyiset palvelut eivät ole riittäviä</p>
	<p>Milloin toimintakyky on heikentynyt:</p>
	<p>Jos haette hoitopaikkaa (palveluasuminen, ryhmäkoti, tehostettu asuminen) kuvailkaa, mitä korjaavia toimenpiteitä on jo tehty kotona pärjäämisen tukemiseksi:</p>
	<p>Korjaavista toimenpiteistä huolimatta, nämä asiat puoltavat hoitopaikan myöntämistä:</p>
	<p>Miten hakija itse kokee selviytyvänsä kotona tällä hetkellä?</p>
	<p>HAKIJAN TOIMINTAKYKY</p> <p>Liikkuminen <input type="checkbox"/> Omatoimisesti <input type="checkbox"/> Tarvitsee apua, mitä: _____ _____ <input type="checkbox"/> apuvälineet, mitkä: _____ _____</p> <p>Pukeutuminen <input type="checkbox"/> Omatoimisesti <input type="checkbox"/> Tarvitsee apua, mitä: _____ _____</p> <p>Peseytyminen <input type="checkbox"/> Omatoimisesti <input type="checkbox"/> Tarvitsee apua, mitä: _____ _____</p>

	<p>WC käynnit <input type="checkbox"/> Omatoimisesti <input type="checkbox"/> Tarvitsee apua, mitä: _____ _____</p> <p>Rakon toiminta <input type="checkbox"/> Tunnistaa tarpeen <input type="checkbox"/> Kastelee ajoittain <input type="checkbox"/> Kastelu jatkuvaa, vaipat käytössä</p> <p>Vatsan toiminta <input type="checkbox"/> Tunnistaa tarpeen <input type="checkbox"/> Tunnistaa tarpeen ajoittain <input type="checkbox"/> Täysin autettava, vaipat käytössä</p> <p>Ruokailu <input type="checkbox"/> Omatoimisesti <input type="checkbox"/> Tarvitsee apua, mitä: _____ _____</p> <p>Vuorovaikutus (puhe, näkö, kuulo) <input type="checkbox"/> Ei ole ongelmia <input type="checkbox"/> Ongelmia vuorovaikutuksessa, mitä: _____ _____</p> <p>Muisti <input type="checkbox"/> Normaali <input type="checkbox"/> Ongelmia muistissa, mitä: _____ _____</p> <p>Käyttöoireet <input type="checkbox"/> Ei käyttöoireita <input type="checkbox"/> On käyttöoireita, minkälaisia: _____ _____</p> <p>Lääkkeiden otto <input type="checkbox"/> Omatoimisesti <input type="checkbox"/> Tarvitsee apua, minkälaista: _____ _____</p> <p>Muut huomiot: _____ _____ _____</p>
<p>11. SUOSTUMUS</p>	<p>Annan suostumukseni siihen, että viranomainen tarkistaa tulotietoni viimeksi vahvistetun verotuksen mukaan. Suostun, että hoitopaikan järjestämiseen liittyviä terveydentilani koskevia tietoja voidaan käsitellä hoitopaikasta päättävissä terveydenhuollon ja kotihoidon yksiköissä sekä SAP -työryhmässä. Tietoja voidaan kirjata tehtävien edellyttämällä tavalla terveyspalveluiden ja kotihoidon yhteisesti pidettävään Effica-tietojärjestelmään.</p> <p>Vakuutan edellä olevat tiedot oikeiksi ja suostun niiden tarkistamiseen</p> <p>_____</p> <p>Paikka ja päivämäärä Allekirjoitus</p>

	<p>Lomakkeen täyttämässä avustanut henkilö</p> <p>_____</p> <p>Puhelinnumero</p> <p>_____</p>
<p>12. LIITTEET</p>	<p>Hakemuksen liitteet vanhusten palveluasumiseen haettaessa:</p> <p>Asuntohakemus (hoitopaikkaa hakiessa)</p> <p>Testit ja testin päivämäärä (ympäri vuorokautista paikkaa haettaessa)</p> <p>GDS-15 _____ MMSE + kello _____ Barthel _____</p> <p>IADL _____ EMS _____</p>
<p>13. ULKOPAIKKA-KUNTALAISET HAKIJAT</p>	<p>Kotikunnan SAS-yhdyshenkilön tai muun palveluasumisesta/laitoshoidosta vastaavan viranomaisen yhteystiedot</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Onko palveluhakemus vireillä jossakin toisessa kunnassa?</p> <p><input type="checkbox"/> Ei</p> <p><input type="checkbox"/> Kyllä, missä: _____</p> <p>Hakemuksen liitteet ulkopaikkakuntalaisille:</p> <p>Lääkärinlausunto Kopio MMSE- testistä Kopio käytössä olevasta toimintakykymittaristosta Hoitohenkilökunnan/sosiaalityöntekijän arvio asiakkaan toimintakyvystä ja kiireellisyydestä</p>
<p>14. PALAUTUS</p>	<p>Hakemukset liitteineen toimitetaan osoitteeseen:</p> <p>Palveluohjaus Sairaalantie 11 42100 JÄMSÄ</p> <p>Lisätietoja Hanna-Leena Santaniemi, p. 040 507 9572 Pirkko Peltomaa, p. 040 064 6211 Kati Lahtinen, p. 040 568 2495</p>