

JÄMSÄN VANHUSPALVELUIDEN PALVELUHAKEMUS

Hakemuksen saapumispäivä: _____

1. MITÄ HAETAAN	☐ JAKSOHOITO, minkä verran jaksohoitoa haetaan: _____ ☐ PALVELUASUMINEN (ei ympärivuorokautinen) ☐ RYHMÄKOTI (ei ympärivuorokautinen) ☐ TEHOSTETTU PALVELUASUMINEN (ympärivuorokautinen)	
2. HAETTAVAN PALVELUN SIJAINTI	☐ Halli ☐ Länkipohja ☐ Jämsänkoski ☐ Seppola	
3. HAKIJAN TIEDOT	Nimi ja kotikunta	Henkilötunnus
	Osoite ja puhelinnumero	☐ Sotainvalidi ☐ 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 ☐ Kerrostalo ☐ TK:n vuodeosasto ☐ Asuu yksin ☐ Omakotitalo ☐ Asuu yhdessä ☐ Rivitalo ☐ Palvelutalo, mikä _____ ☐ Nykyinen asunto haasteellinen asua, miksi: _____ _____	

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

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

	WC käynnit ☐ Omatoimisesti ☐ Tarvitsee apua, mitä: _____ _____ Rakon toiminta ☐ Tunnistaa tarpeen ☐ Kastelee ajoittain ☐ Kastelu jatkuvaa, vaipat käytössä Vatsan toiminta ☐ Tunnistaa tarpeen ☐ Tunnistaa tarpeen ajoittain ☐ Täysin autettava, vaipat käytössä Ruokailu ☐ Omatoimisesti ☐ Tarvitsee apua, mitä: _____ _____ Vuorovaikutus (puhe, näkö, kuulo) ☐ Ei ole ongelmia ☐ Ongelmia vuorovaikutuksessa, mitä: _____ _____ Muisti ☐ Normaali ☐ Ongelmia muistissa, mitä: _____ _____ Käyttösoireet ☐ Ei käyttösoireita ☐ On käyttösoireita, minkälaisia: _____ _____ Lääkkeiden otto ☐ Omatoimisesti ☐ Tarvitsee apua, minkälaista: _____ _____ Muut huomiot: _____ _____ _____
11. SUOSTUMUS	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. Vakuutan edellä olevat tiedot oikeiksi ja suostun niiden tarkistamiseen _____ Paikka ja päivämäärä Allekirjoitus

	Lomakkeen täyttämässä avustanut henkilö _____ Puhelinnumero _____								
12. LIITTEET	Hakemuksen liitteet vanhusten palveluasumiseen haettaessa: Asuntohakemus (hoitopaikkaa hakiessa) Testit ja testin päivämäärä (ympäri vuorokautista paikkaa haettaessa) GDS-15 _____ MMSE + kello _____ Barthel _____ IADL _____ EMS _____								
13. ULKOPAIKKA-KUNTALAISET HAKIJAT	Kotikunnan SAS-yhdyshenkilön tai muun palveluasumisesta/laitoshoidosta vastaavan viranomaisen yhteystiedot _____ _____ _____ Onko palveluhakemus vireillä jossakin toisessa kunnassa? ☐ Ei ☐ Kyllä, missä: _____ Hakemuksen liitteet ulkopaikkakuntalaisille: Lääkärinlausunto Kopio MMSE- testistä Kopio käytössä olevasta toimintakykymittaristosta Hoitohenkilökunnan/sosiaalityöntekijän arvio asiakkaan toimintakyvystä ja kiireellisyydestä								
14. PALAUTUS	Hakemukset liitteineen toimitetaan osoitteeseen: <table border="0"><tr><td>Jämsän kaupunki</td><td>Jämsän kaupunki</td></tr><tr><td>Asiakasohjaaja</td><td>Asiakasohjaaja</td></tr><tr><td>Kelhänkatu 3</td><td>Kokonniementie 9 17800</td></tr><tr><td>42100 JÄMSÄ</td><td>Kuhmoinen</td></tr></table> Lisätietoja Hanna-Leena Santaniemi, p. 040 507 9572 Pirkko Peltomaa, p. 040 615 9560	Jämsän kaupunki	Jämsän kaupunki	Asiakasohjaaja	Asiakasohjaaja	Kelhänkatu 3	Kokonniementie 9 17800	42100 JÄMSÄ	Kuhmoinen
Jämsän kaupunki	Jämsän kaupunki								
Asiakasohjaaja	Asiakasohjaaja								
Kelhänkatu 3	Kokonniementie 9 17800								
42100 JÄMSÄ	Kuhmoinen								