



Hakemus saapunut (pvm.)	
Vastaanottaja	

<b>Hakijan/ hoidettavan henkilötiedot</b>	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite (katuosoite, postinumero ja –toimipaikka)	Puhelin ja matkapuhelin
<b>Hoitajan henkilötiedot</b>	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite	Puhelin ja matkapuhelin
	Sähköpostiosoite	Sukulaisuussuhde
<b>Hoidettavan olosuhteet</b>	<input type="checkbox"/> Asuu hoitajan kanssa <input type="checkbox"/> Asuu yksin <input type="checkbox"/> Asuu muun henkilön kanssa Käytössä olevat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut	
<b>Hoitoisuus</b>	<input type="checkbox"/> Hoidettava selviytyy osan vuorokaudesta yksin,      tuntia <input type="checkbox"/> Hoidettava tarvitsee jatkuvaa ympärivuorokautista hoitoa ja huolenpitoa Hoidettava tarvitsee apua <input type="checkbox"/> peseytymisessä <input type="checkbox"/> pukeutumisessa <input type="checkbox"/> WC-asioiden hoidossa <input type="checkbox"/> liikkumisessa <input type="checkbox"/> ruokailussa <input type="checkbox"/> lääkkeiden ottamisessa Hoidettava <input type="checkbox"/> on muistamaton <input type="checkbox"/> karkailee <input type="checkbox"/> on valvottava/ohjattava <input type="checkbox"/> on koulussa, päivähoidossa,      Missä ja kuinka usein? päivätoiminnassa tms.	
<b>Hoitajaa koskevat tiedot</b>	Hoitaja on <input type="checkbox"/> kotona <input type="checkbox"/> osa-aikatyössä <input type="checkbox"/> kokopäivätyössä Omaishoitajan mahdolliset toimintakyvyn rajoitukset, jotka vaikuttavat omaishoitajana toimimiseen <input type="checkbox"/> Ei ole <input type="checkbox"/> On      Millaisia?	
<b>Lisätiedot</b>	Esim. päivittäisen hoidon sisältö (tietoja voi myös tarvittaessa ilmoittaa erillisellä lomakkeella) Sivulle 2	
<b>Suostumus tietojen antamiseen</b>	<input type="checkbox"/> <b>Annan suostumukseni</b> tämän hakemuksen käsittelyssä tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta (esim. muilta sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisilta). <input type="checkbox"/> <b>En anna suostumustani</b>	
<b>Asiakastietojen käsittely</b>	<input type="checkbox"/> <b>Annan suostumukseni</b> omaishoidon palvelua ja terveydentilaani koskevien tietojen katsomiseen ja tallentamiseen sosiaali- ja terveydenhuollon osittain yhteisesti pidettävään asiakasrekisteriin. Rekisterinpitäjänä toimii Kouvolan kaupungin perusturvალautakunta. <input type="checkbox"/> <b>En anna suostumustani</b>	
<b>Hoitajan pankki- yhteystiedot</b>	Pankin ja konttorin nimi	Tilinumero
<b>Päiväys ja allekirjoitus</b>	Päiväys      Hakijan tai hänen edustajansa allekirjoitus	Hakemuksen teossa avustaneen henkilön nimi ja virka- asema sekä puhelinnumero
<b>Liitteet</b>	<input type="checkbox"/> Lääkärintodistus tai muu asiantuntijan lausunto      kpl	

<b>Hakemuksen palautus</b>	Kouvolan kaupunki Perusturvapalvelut/omaishoidon yksikkö Kustaa III tie 4, 45370 Valkeala
<b>Lisätietoja antaa</b>	Toimistos sihteeri Auli Savolainen, puh. 020 615 4325

**Lisätiedot**

Esim. päivittäisen hoidon sisältö (tietoja voi myös tarvittaessa ilmoittaa erillisellä lomakkeella)