



Pirkkalan yhteistoiminta-alue  
**OMAISHOIDON TUKI HAKEMUS**, yli 65-vuotiaat  
 Hyvinvointitoimiala / Ikääntyneiden palvelut

### ASIAKKAAN HENKILÖTIEDOT

Nimi		Henkilötunnus	
Puhelin .		Lähiosoite	
Postinumero		Postitoimipaikka	
<b>ASIAKKAAN          SAIRAUDET</b>  <b>NÄKÖ</b>  <b>KUULO</b>  <b>LIIKUNTAK          YKY</b>  <b>LIKKUMIS          EN          APUVÄLINE          ET</b>	Normaali  Normaali  Itsenäisesti  Keppi	Heikentynyt  Heikentynyt  Avustettuna  Rollaattori	Näkövammaisuus  Kuulovammaisuus  Vuodepotilas  Pyörätuoli
<b>ASIAKKAAN          AVUN JA          HOIVAN          TARVE</b>	Ruuan valmistus  Syöminen  Hygienian hoito  Peseytyminen		

	WC- käynnit Lääkehoito Kodin hoito, vaatehuolto, siivous Kodin ulkopuolinen asiointi	
MUISTI	Normaali Heikentynyt Muistihäiriö Muistisairaus	
KOTIHOIDON PALVELUT	Kotihoito Päivätoiminta Lyhytaikaishoito	Ateriapalvelu Turvapuhelin Kuljetuspalvelu
MUUT PALVELUT		
KELAN ETUUDET	Eläkkeensaajan hoitotuki Perushoitotuki Korotettu hoitotuki Ylin hoitotuki Hakemus vireillä	
OMAISHOITAJAKSI hakevan nimi	Henkilötunnus	
Puhelin Sähköposti	Lähiosoite	
Postinumero	Postitoimipaikka	

<p><i>Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (812/2000) 12 §:n mukaan asiakkaan ja hänen laillisen edustajansa on annettava ne tiedot, joita tarvitaan sosiaalihuollon järjestämisessä ja toteuttamisessa.</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Vakuutamme tiedot oikeiksi.</i></p>		
<b>SUOSTUMUS TIETOJEN KÄSITTELYYN</b>	Annan suostumukseni siihen, että omaishoidon tuen myöntämiseen tarvittavat tiedot voidaan tarkistaa yhteistyötahoilta (kuten terveyskeskus, kela)  <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	Annan suostumukseni siihen, että omaishoidon tuen myöntämiseen tarvittavat tiedot voidaan tarkistaa yhteistyötahoilta (kuten terveyskeskus, kela)  <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
<b>ALLEKIRJOTUKSET</b>	Paikka ja aika	Hoidettavan allekirjoitus
	Paikka ja aika	Hoitajan allekirjoitus
<b>HAKEMUKSEN LIITE</b>	Lääkärinlausunto C tai B vaaditaan. Lausunnon tulee olla 3 kk ennen hakemuksen allekirjoitusta laadittu lausunto.	
<b>HAKEMUKSEN PALAUTUS</b>	Pirkkalan kunta Pirkankoivu/ Omaishoidon koordinaattori PL 1001 33961 Pirkkala	