



Palveluhakemus

Saapunut _____

Hakija	Nimi		Henkilötunnus	
	Osoite		Puhelinnumero	
	Sivilisääty <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> avo-/avioliitossa <input type="checkbox"/> asuu erillään <input type="checkbox"/> eronnut <input type="checkbox"/> leski			
	<input type="checkbox"/> Vähintään 10 %:n sotainvalidi		<input type="checkbox"/> Sotaveteraani	
	Hakija saa Kelan <input type="checkbox"/> Perushoitotukea <input type="checkbox"/> Korotettua hoitotukea <input type="checkbox"/> Ylintä hoitotukea			
Asuminen	<input type="checkbox"/> yksin <input type="checkbox"/> yhdessä <input type="checkbox"/> omakotitalo <input type="checkbox"/> rivitalo <input type="checkbox"/> kerrostalo			
Avio- /avopuolison henkilötiedot	Nimi		Henkilötunnus	
	Osoite, ellei sama kuin hakijalla		Puhelinnumero	
Lähiomainen	Lähiomaisen tai muun asioita hoitavan nimi ja suhde hakijaan			
	Osoite		Puhelinnumero	
Nykyiset palvelut	<input type="checkbox"/> Kuntouttava päivätoiminta <input type="checkbox"/> Omaishoito <input type="checkbox"/> Lyhytaik. kuntoutusjakso	<input type="checkbox"/> Kotihoidon tukipalvelut <input type="checkbox"/> Asiointi <input type="checkbox"/> Ateriapalvelu <input type="checkbox"/> Turvapuhelin	<input type="checkbox"/> Kotihoito <input type="checkbox"/> Tilapäinen <input type="checkbox"/> Säännöllinen	

Haettavat palvelut

<input type="checkbox"/> Palvelutarpeen arviointi		
<input type="checkbox"/> Kotihoidon tukipalvelut <input type="checkbox"/> Asiointipalvelu <input type="checkbox"/> Ateriapalvelu <input type="checkbox"/> Turvapuhelin	<input type="checkbox"/> Kotihoito <input type="checkbox"/> Tilapäinen kotihoito ajalle <input type="checkbox"/> Säännöllinen kotihoito tuntia /kk	
<input type="checkbox"/> Tehostettu palveluasuminen	<input type="checkbox"/> Punatulkun palvelukeskus <input type="checkbox"/> Sarapihan palvelukeskus	<input type="checkbox"/> Sarahelmi <input type="checkbox"/> Jokin muu

Palveluhakemus

Hakijan toimintakyky ja avuntarve, miten selviytyy päivittäisissä toiminnoissa

Toimintakykyä heikentävät sairaudet / vammat

Käytössä olevat apuvälineet

Päiväys ja allekirjoitus

____ / ____ 20____

Palautusosoite

Mäntänvuoren Terveys Oy

Marja-Riitta Sahila

Keskuskatu 2

35700 Vilppula

Lisätietoja

Kotihoito: palveluvastaava Marika Hetekorpi, 050 552 6357

Palveluasuminen: kotiutushoitaja Marja-Riitta Sahila, 044 706 0599

Liitteet