

Hoidettavan tiedot	
Nimi:	Henkilötunnus:
Osoite:	
Postitoimipaikka:	Puhelin:
Hoitajan tiedot	
Nimi:	Henkilötunnus:
Osoite:	Postitoimipaikka:
Puhelin:	Tilinumero:
Ammatti: _____	
<input type="checkbox"/> kokopäivätyö <input type="checkbox"/> osapäivätyö <input type="checkbox"/> eläkeläinen <input type="checkbox"/> työtön <input type="checkbox"/> muu? _____	
Sukulaissuhde hoidettavaan:	
Vaikuttaako hoitajan oma terveydentila hoitotyöhön? (Tarvittaessa on esitettävä lääkärinlausunto.) <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei Miten? _____ _____ _____	
Perustelut omaishoidon tuen hakemiselle	
Haen	
<input type="checkbox"/> hoitopalkkiota	<input type="checkbox"/> hoitopalkkion korotusta
Haen palvelua	
<input type="checkbox"/> määräajaksi ___ / ___.20__ - ___ / ___.20__	<input type="checkbox"/> toistaiseksi
Miksi haette omaishoidon tukea? _____ _____ _____ _____ _____	
Hoidettavalla käytössä olevat palvelut ja tukimuodot	
a. Hoidettavan saamat muut palvelut:	
<input type="checkbox"/> kotihoito ___ x päivä/viikko	<input type="checkbox"/> kotisairaanhoido ___ x päivä/viikko/kuukausi
<input type="checkbox"/> päivätoiminta ___ x viikko	<input type="checkbox"/> ateriapalvelu ___ x viikko
<input type="checkbox"/> turvapuhelin	<input type="checkbox"/> kuljetuspalvelu
<input type="checkbox"/> henkilökohtainen apu ___ h x päivä/viikko/kuukausi	
<input type="checkbox"/> jokin muu palvelu, mikä? _____	

b. Käytössä olevat apuvälineet ja hoitotarvikkeet:

pyörätuoli rollaattori kyynärsauvat keppi

hoitotarvikkeet: _____

muut päivittäisissä toimissa tarvittavat apuvälineet: _____

c. Myönnetyt KELA:n etuudet vammaisuuden tai pitkäaikaisen sairauden vuoksi:

vammaistuki tai perushoitotuki korotettu vammais- tai hoitotuki

ylin vammais- tai hoitotuki ei saa lainkaan vammais- tai hoitotukea

vammais- tai hoitotukea on haettu ____ / ____ .20 ____ (perus korotettu ylin)

d. Lisätietoja voimassa olevista tai haetuista palveluista: _____

Kuvaus hoidon tarpeen luonteesta ja sitovuudesta**a. Hoidon tarve on luonteeltaan:**

avustamista päivittäisissä toimissa (Kuvaile tarkemmin kohdassa c.)

valvontaa (Kuvaile tarkemmin kohdassa d.)

b. Hoidon tarve on määrältään:

avustamista ympäri vuorokauden

valvontaa ympäri vuorokauden

avustamista päivittäin, noin ____ h/päivä

valvontaa päivisin, noin ____ h/päivä

avustamista päivittäin ja valvontaa öisin

valvontaa öisin

avustamista ajoittain noin ____ h/viikko

valvontaa ajoittain, noin ____ h/viikko

c. Hoidettavan avun tarve päivittäisissä toimissa:**– Syömisessä/ruokahuollossa:**

ei tarvitse lainkaan apua tarvitsee apua päivittäin tarvitsee apua ajoittain

Millä tavoin tarvitsee apua: _____

– Pukeutumisessa:

ei tarvitse lainkaan apua tarvitsee apua päivittäin tarvitsee apua ajoittain

Millä tavoin tarvitsee apua: _____

– Hygienian hoidossa: (esim. peseytyminen, WC-käynnit)

ei tarvitse lainkaan apua tarvitsee apua päivittäin tarvitsee apua ajoittain

Millä tavoin tarvitsee apua: _____

– Liikkumisessa:

ei tarvitse lainkaan apua tarvitsee apua päivittäin tarvitsee apua ajoittain

Millä tavoin tarvitsee apua: _____

d. Millaista valvontaa hoidettava tarvitsee ja missä asioissa: _____

Suunnitelma omaishoidon tilapäishoidon järjestämisestä¹

Hoitaja hankkii sijaisen (sijaishoito omassa kodissa tai perhehoito tilapäishoitajan kotona)

Tilapäishoito laitoshoidossa, missä?²

Muulla tavoin, miten?

¹ Omaishoitajalla on oikeus pitää vapaata vähintään kolme vuorokautta sellaista kalenterikuukautta kohti, jonka aikana hän on yhtäjaksoisesti tai vähäisin keskeytyksin sidottu hoitoon ympärivuorokautisesti tai jatkuvasti päivittäin. (2.12.2005/937 Laki omaishoidon tuesta § 4)

² Laitoshoidon omavastuuosuus on 11,30 €/vrk (Yhall. 10.12.2013 § 253)

Hakemuksen jättäminen käsiteltäväksi

Edellä olevat tiedot vakuutan arvioni ja tietojeni perusteella oikeiksi.

___ / ___.20 _____

Aika ja paikka

Hoidettavan allekirjoitus ja
nimenselvennys

Hoitajan allekirjoitus ja
nimenselvennys

Hakemuksen teossa avustanut henkilö ja hänen yhteystietonsa sekä virka-asema tai tehtävänimike (jos viranomaisen): _____

Hakemuksen liitteet:

Lääkärintaus, josta käy ilmi hoidettavan sairaus tai vamma sekä kuvaus hoidettavan toimintakyvystä ja sairauden tai vamman vaatiman hoidon sitovuudesta. **(Pakollinen liite)**

Muu terveydenhuollon ammattihenkilön asiantuntijalausunto hoidettavan toimintakyvystä

Muu, mikä? _____

Suostun tarvittaessa lisätietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta.

(Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812 § 14–20)

Tämä asiakirja liitteineen on salassa pidettävä viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetun lain 24 §:n 25 kohdan nojalla.

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä rekisterinpitäjänä tallentaa henkilötietojanne Vammaispalvelujen asiakasrekisteriin. Rekisteriseloste on nähtävänä osoitteessa: Kankaankatu 1 B 1, 74120 Iisalmi.

Hakemus palautetaan postitse tai tuomalla sosiaalipalvelukeskuksen neuvontaan osoitteeseen:

**Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä
Vammaispalvelut
Virrankatu 2
74100 Iisalmi**

Omaishoidolla tarkoitetaan omaishoidon tuesta annetun lain (937/2005) mukaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotioloissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla. Omaishoidon tuki on kunnan yleiseen järjestämisvelvollisuuteen kuuluva taloudellinen tuki, jota järjestetään kunnan siihen varaamien määrärahojen mahdollistamassa laajuudessa.

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän Yhtymähallitus (23.2.2010 § 46) on määrittänyt perusteet omaishoidon tuen myöntämiselle kuntayhtymän alueella. Omaishoidon tuki on määrärahasidonnainen tukimuoto, jota maksetaan talousarvioon varattujen määrärahojen puitteissa. Tukea myönnetään pääasiassa laitoshoidon tai palveluasumista korvaavaan kotona tapahtuvaan hoitoon. Hoidon vaatavuus ja sitovuus on määräävin kriteeri tuen myöntämiselle sekä hoitopalkkion suuruuden määrittämiselle, mihin vaikuttaa myös henkilön saamat muut tuki- ja hoito/toimintapalvelut. Hoitopalkkion määrästä on säädetty omaishoidon tuesta annetun lain 5 §:ssä.

