

Hakemus saapunut (pvm.)	
Vastaanottaja	

Hakijan/ hoidettavan henkilötiedot	Nimi	Henkilötunnus		
	Osoite (katuosoite, postinumero ja -toimipaikka)	Puhelin		
Hoitajan henkilötiedot	Nimi	Syntymäaika		
	Osoite	Puhelin		
	Sähköpostiosoite	Sukulaisuussuhde		
Hoidettavan olosuhteet	<input type="checkbox"/> Asuu hoitajan kanssa <input type="checkbox"/> Asuu yksin <input type="checkbox"/> Asuu muun henkilön kanssa			
	Käytössä olevat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut sekä myönnetty etuudet			
Hoitoisuus	<input type="checkbox"/> Hoidettava selviytyy osan vuorokaudesta yksin, tuntia <input type="checkbox"/> Hoidettava tarvitsee jatkuvaa ympärivuorokautista hoitoa ja huolenpitoa			
	Tarvitseeko hoidettava päivittäin, toistuvasti apua, ohjausta tai valvontaa seuraavissa toiminnoissa (rastita tilannetta parhaiten kuvaava vaihtoehto):			
		Sujuu itsenäisesti	Tarvitsee ohjausta	Tarvitsee apua
	Peseytyminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pukeutuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ruokailu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WC-asioiden hoito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Liikkuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lääkkeiden ottaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hoidettava				
<input type="checkbox"/> on muistamaton <input type="checkbox"/> karkailee <input type="checkbox"/> on valvottava/ohjattava <input type="checkbox"/> on koulussa, päivähoitossa, päivätoiminnassa tms. Missä ja kuinka usein?				
Hoitajan tiedot	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?			

Lisätiedot	Esim. päivittäisen hoidon sisältö (tietoja voi myös tarvittaessa ilmoittaa erillisellä lomakkeella)	
Asiakastietojen käsittely	Vakuutan antamani tiedot oikeiksi ja sitoudun antamaan päätöksen tekoon tarvittavat tiedot. Asiakastietonne rekisteröidään toimipisteen asiakastietojärjestelmään ja tiedot on säädetty salassa pidettäviksi. Asiakkaalla on oikeus tarkistaa itseään koskevat asiakasrekisteritiedot esittämällä pyyntö rekisterinpitäjälle (EU:n yleinen tietosuoja-asetus 15 art).	
Päiväys ja allekirjoitus	Päiväys Hakijan tai hänen valtuuttamansa henkilön tai alle 18-vuotiaan hakijan huoltajan allekirjoitus	Hakemuksen teossa avustaneen henkilön nimi ja virka-asema sekä puhelinnumero
Liitteet	Hakemuksen liitteeksi voidaan laittaa lääkärinlausunto tai muu sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilön lausunto hoidettavan terveydentilasta, toimintakyvystä ja hoidontarpeesta.	

Hakemuksen palautus	Kymenlaakson hyvinvointialue Omaishoidon tuen palvelut Kaikukatu 7 (postilaatikko sijaitsee Savonkadun puolella) 45100 Kouvola	Kymenlaakson hyvinvointialue Omaishoidon tuen palvelut Karhulantie 30 48600 Kotka
Lisätietoja hakemuksista	Palvelusihteerit: 05 220 6810	