

JÄMSÄN VANHUSPALVELUIDEN PALVELUHAKEMUS

Hakemuksen saapumispäivä: _____

<p>1. MITÄ HAETAAN</p>	<p><input type="checkbox"/> JAKSOHOITO, minkä verran jaksohoitoa haetaan: _____</p> <p><input type="checkbox"/> PALVELUASUMINEN (ei ympärivuorokautinen)</p> <p><input type="checkbox"/> RYHMÄKOTI (ei ympärivuorokautinen)</p> <p><input type="checkbox"/> TEHOSTETTU PALVELUASUMINEN (ympärivuorokautinen)</p>	
<p>2. HAETTAVAN PALVELUN SIJAINTI</p>	<p><input type="checkbox"/> Halli</p> <p><input type="checkbox"/> Läkipohja</p>	<p><input type="checkbox"/> Jämsänkoski</p> <p><input type="checkbox"/> Seppola</p>
<p>3. HAKIJAN TIEDOT</p>	<p>Nimi ja kotikunta _____ Henkilötunnus _____</p>	
	<p>Osoite ja puhelinnumero _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sotainvalidi</p> <p><input type="checkbox"/> Veteraani</p>	
<p>4. LÄHIOMAINEN TAI EDUNVALVOJA</p>	<p>Yhteyshenkilön nimi, osoite ja puhelinnumero _____</p>	<p>Edunvalvojan nimi, osoite ja puhelinnumero _____</p>
<p>5. PÄÄTÖSVASTAUKSEN LÄHETTÄMINEN</p>	<p>Nimi ja osoite _____</p>	
<p>6. NYKYINEN ASUNTO</p>	<p>Nykyinen asumismuoto</p> <p><input type="checkbox"/> Kerrostalo <input type="checkbox"/> Omakotitalo <input type="checkbox"/> Rivitalo</p> <p><input type="checkbox"/> TK:n vuodeosasto <input type="checkbox"/> Palvelutalo, mikä _____</p> <p><input type="checkbox"/> Asuu yksin <input type="checkbox"/> Asuu yhdessä <input type="checkbox"/> Nykyinen asunto haasteellinen asua, miksi:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

<p>7. DIAGNOOSIT</p>	
<p>8. SAIRAALAOHOITO</p>	<p>Sairaalahoito viimeisen puolen vuoden aikana, aika ja syy:</p>
<p>9. KOTONA ASUMISTA TUKEVAT PALVELUT</p>	<p><input type="checkbox"/> Kunnallinen kotihoito Käyntejä _____ vrk/vko/kk Aika (h) _____ vrk/vko/kk Kuvaile palvelun sisältö lyhyesti: _____ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Yksityinen kotihoito/palveluntuottaja, mikä: _____ Käyntejä _____ vrk/vko/kk Aika (h) _____ vrk/vko/kk Kuvaile palvelun sisältö lyhyesti: _____ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Omaisen, kuka: _____ Käyntejä _____ vrk/vko/kk Aika (h) _____ vrk/vko/kk Kuvaile antamaasi apua lyhyesti: _____ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ateriapalvelu, määrä _____/vko <input type="checkbox"/> Kauppapalvelu <input type="checkbox"/> Yöpartio, käyntejä _____ kpl/vko <input type="checkbox"/> Turvapuhelin <input type="checkbox"/> Päiväkeskus <input type="checkbox"/> Jaksohoito, määrä _____/kk <input type="checkbox"/> Omaishoidontuki, tukiluokka _____, milloin tuki myönnetty _____</p> <p><input type="checkbox"/> Kuljetuspalvelu <input type="checkbox"/> Henkilökohtainen apu <input type="checkbox"/> Eläkkeensaajan hoitotuki (Kela) <input type="checkbox"/> perus <input type="checkbox"/> korotettu <input type="checkbox"/> ylin</p>

<p>10. HAKIJAN TOIMINTAKYKY JA AVUN TARVE</p>	<p>Kuvaile, miksi palvelua haetaan ja miksi nykyiset palvelut eivät ole riittäviä</p>
	<p>Milloin toimintakyky on heikentynyt:</p>
	<p>Jos haette hoitopaikkaa (palveluasuminen, ryhmäkoti, tehostettu asuminen) kuvailkaa, mitä korjaavia toimenpiteitä on jo tehty kotona pärjäämisen tukemiseksi:</p>
	<p>Korjaavista toimenpiteistä huolimatta, nämä asiat puoltavat hoitopaikan myöntämistä:</p>
	<p>Miten hakija itse kokee selviytyvänsä kotona tällä hetkellä?</p>
	<p>HAKIJAN TOIMINTAKYKY</p> <p>Liikkuminen <input type="checkbox"/> Omatoinisesti <input type="checkbox"/> Tarvitsee apua, mitä: _____ _____ <input type="checkbox"/> apuvälineet, mitkä: _____ _____</p> <p>Pukeutuminen <input type="checkbox"/> Omatoinisesti <input type="checkbox"/> Tarvitsee apua, mitä: _____ _____</p> <p>Peseytyminen <input type="checkbox"/> Omatoinisesti <input type="checkbox"/> Tarvitsee apua, mitä: _____ _____</p>

	<p>WC käynnit <input type="checkbox"/> Omatoimisesti <input type="checkbox"/> Tarvitsee apua, mitä: _____ _____</p> <p>Rakon toiminta <input type="checkbox"/> Tunnistaa tarpeen <input type="checkbox"/> Kastelee ajoittain <input type="checkbox"/> Kastelu jatkuvaa, vaipat käytössä</p> <p>Vatsan toiminta <input type="checkbox"/> Tunnistaa tarpeen <input type="checkbox"/> Tunnistaa tarpeen ajoittain <input type="checkbox"/> Täysin autettava, vaipat käytössä</p> <p>Ruokailu <input type="checkbox"/> Omatoimisesti <input type="checkbox"/> Tarvitsee apua, mitä: _____ _____</p> <p>Vuorovaikutus (puhe, näkö, kuulo) <input type="checkbox"/> Ei ole ongelmia <input type="checkbox"/> Ongelmia vuorovaikutuksessa, mitä: _____ _____</p> <p>Muisti <input type="checkbox"/> Normaali <input type="checkbox"/> Ongelmia muistissa, mitä: _____ _____</p> <p>Käyttösoireet <input type="checkbox"/> Ei käyttösoireita <input type="checkbox"/> On käyttösoireita, minkälaisia: _____ _____</p> <p>Lääkkeiden otto <input type="checkbox"/> Omatoimisesti <input type="checkbox"/> Tarvitsee apua, minkälaista: _____ _____</p> <p>Muut huomiot: _____ _____ _____</p>
<p>11. SUOSTUMUS</p>	<p>Annan suostumukseni siihen, että viranomainen tarkistaa tulotietoni viimeksi vahvistetun verotuksen mukaan. Suostun, että hoitopaikan järjestämiseen liittyviä terveydentilani koskevia tietoja voidaan käsitellä hoitopaikasta päättävissä terveydenhuollon ja kotihoidon yksiköissä sekä SAP -työryhmässä. Tietoja voidaan kirjata tehtävien edellyttämällä tavalla terveyspalveluiden ja kotihoidon yhteisesti pidettävään Effica-tietojärjestelmään.</p> <p>Vakuutan edellä olevat tiedot oikeiksi ja suostun niiden tarkistamiseen</p> <p>_____</p> <p>Paikka ja päivämäärä Allekirjoitus</p>

	<p>Lomakkeen täyttämässä avustanut henkilö</p> <p>_____</p> <p>Puhelinnumero</p> <p>_____</p>								
<p>12. LIITTEET</p>	<p>Hakemuksen liitteet vanhusten palveluasumiseen haettaessa:</p> <p>Asuntohakemus (hoitopaikkaa hakiessa)</p> <p>Testit ja testin päivämäärä (ympäri vuorokautista paikkaa haettaessa)</p> <p>GDS-15 _____ MMSE + kello _____ Barthel _____</p> <p>IADL _____ EMS _____</p>								
<p>13. ULKOPAIKKA-KUNTALAISET HAKIJAT</p>	<p>Kotikunnan SAS-yhdyshenkilön tai muun palveluasumisesta/laitoshoidosta vastaavan viranomaisen yhteystiedot</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Onko palveluhakemus vireillä jossakin toisessa kunnassa?</p> <p><input type="checkbox"/> Ei</p> <p><input type="checkbox"/> Kyllä, missä: _____</p> <p>Hakemuksen liitteet ulkopaikkakuntalaisille:</p> <p>Lääkärinlausunto Kopio MMSE- testistä Kopio käytössä olevasta toimintakykymittaristosta Hoitohenkilökunnan/sosiaalityöntekijän arvio asiakkaan toimintakyvystä ja kiireellisyydestä</p>								
<p>14. PALAUTUS</p>	<p>Hakemukset liitteineen toimitetaan osoitteeseen:</p> <table border="0"> <tr> <td>Jämsän kaupunki</td> <td>Jämsän kaupunki</td> </tr> <tr> <td>Asiakasohjaaja</td> <td>Asiakasohjaaja</td> </tr> <tr> <td>Kelhänkatu 3</td> <td>Kokonniementie 9 17800</td> </tr> <tr> <td>42100 JÄMSÄ</td> <td>Kuhmoinen</td> </tr> </table> <p>Lisätietoja Hanna-Leena Santaniemi, p. 040 507 9572 Pirkko Peltomaa, p. 040 615 9560</p>	Jämsän kaupunki	Jämsän kaupunki	Asiakasohjaaja	Asiakasohjaaja	Kelhänkatu 3	Kokonniementie 9 17800	42100 JÄMSÄ	Kuhmoinen
Jämsän kaupunki	Jämsän kaupunki								
Asiakasohjaaja	Asiakasohjaaja								
Kelhänkatu 3	Kokonniementie 9 17800								
42100 JÄMSÄ	Kuhmoinen								