

Hakemus omaishoidon tuesta

Saapumispäivä _____

Vastaanottaja _____

Hakijaa koskevat tiedot

Hakijan (hoidettavan) nimi _____

Henkilötunnus _____

Puhelinnumero _____

Lähin omainen _____

Osoite _____

Puhelinnumero _____

Perhetiedot _____

Hakijan perheen koko _____ perheenjäsentä

Alle 18-vuotiaiden lasten
lukumäärä ja syntymävuodet _____

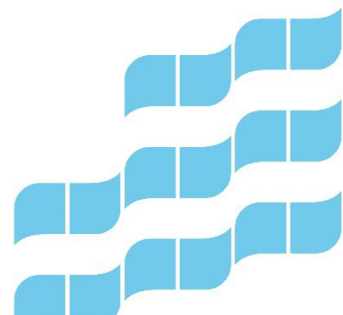
Onko tuen hakija päivisin tai muutoin säännöllisesti:

koulussa, missä, aika matkoineen _____

päiväkodissa, missä, aika matkoineen _____

päiväkeskuksessa, miten usein, aika _____

työ- tai päivätoiminta, miten usein, aika _____



Sosiaali- ja terveystyö

Asiakasohjausyksikkö

Pirkanmaan omaishoidon tuen yksikkö

2 (6)

muualla, missä, aika _____

Kelan hoitotuki tai vammaistuki

ei hakemus jätetty saa _____ euroa / kk

Nykyiset palvelut

Kotihoidon asiakas ei kyllä

Kotihoidon tukipalvelut ei kyllä

(esimerkiksi turvapuhelin, ateriat, sosiaalihuoltolain mukainen kuljetuspalvelu, kauppapalvelu)

Vammaispalvelu ei kyllä

(esimerkiksi vaikeavammaisten kuljetuspalvelu, palveluasuminen, henkilökohtainen avustaja, vaikeavammaisen avustajapalvelu, kehitysvammahuollon palvelut)

Lapsiperheiden sosiaalipalvelut ei kyllä

Lastensuojelun asiakkuus ei kyllä

Muu palvelu, mikä _____

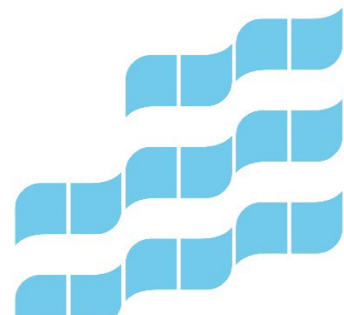
Hoitajaa koskevat tiedot

Hoitajan nimi _____

Henkilötunnus _____

Puhelin ja/tai sähköposti _____

Osoite _____



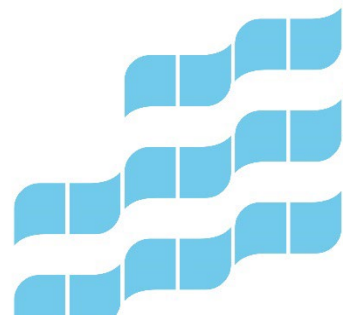
Hoitajan työssäkäynti

- kokopäivätyö, klo
- osapäivätyö, klo
- työtön
- eläke
- virkavapaa/työloma
- vuorotteluvapaa
- hoitotyö on omaishoitajan päätyö

Tiedot hoitosuhteesta

Hoitaja on hakijan

- puoliso tai avopuoliso
- isä tai äiti
- lapsi
- ystävä tai tuttava
- muu omainen, kuka _____



Sosiaali- ja terveystalvelut
Asiakasohjausyksikkö

Pirkanmaan omaishoidon tuen yksikkö

4 (6)

Jos hoitaja on tuen hakijan lähiomainen, onko joutunut jäämään pois ansiotyöstä hoitaakseen tuen hakijaa?

ei kyllä, milloin

Onko hakija saattohoidossa?

ei kyllä

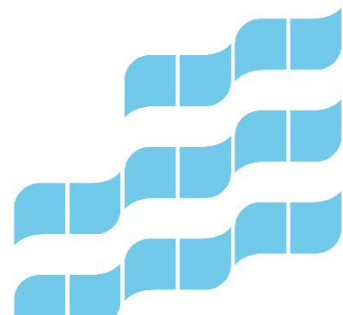
Omaishoidettavan avun ja hoidon tarve

Hakijan sairaudet, vammat ja muu toimintakykyä alentava tekijä

Millaista apua hakija tarvitsee vuorokauden eri aikoina?

Lisätietoja

Haluan hakemuksen saapumisesta vahvistuksen tekstiviestillä omaishoidettavan puhelimeen ja annan luvan lähettää tekstiviestejä Pegasos-potilastietojärjestelmästä Huomaa kirjata hakemukseen myös omaishoidettavan puhelinnumero.



Sosiaali- ja terveystalvelut

Asiakasohjausyksikkö

Pirkanmaan omaishoidon tuen yksikkö

5 (6)

ei kyllä

Haluan kotikäynnin ajanvarauksesta vahvistuksen tekstiviestillä omaishoitajan puhelimeen.

ei kyllä

Tiedonsaantioikeus

Suostun siihen, että omaishoidon tuki saa hankkia toimintakykyyn ja terveyteen liittyviä tietoja muilta sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisilta (muun muassa Kelasta, sosiaalityöntekijöiltä, fysio- toiminta- ja puheterapeuteilta, lääkäreiltä) sekä antaa tietoja kyseisille tahoille omaishoitoon liittyvissä asiayhteyksissä.

Sinulla on oikeus peruuttaa antamasi suostumus ilmoittamalla asiasta toimipisteeseen.

Suostun En suostu

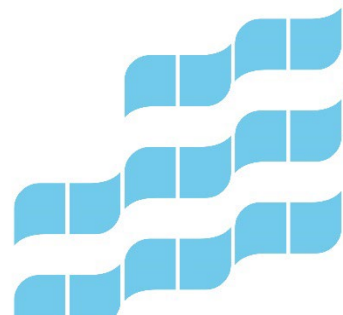
Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 20 §:n 1 mom. perusteella omaishoidon tuella on oikeus saada omaishoidon tuen myöntämiseen olennaisesti vaikuttavia tietoja ja selvityksiä muilta viranomaisilta ja yhteistöiltä, kuten Kelasta, terveydenhuollon- tai sosiaalihuollon viranomaisilta.

Viranomaisen toiminnan julkisuudesta annetun lain 24 §:n 1. momentin 25 kohdan perusteella lomakkeessa olevat tiedot ovat salassa pidettäviä.

Liitteet (tarvittaessa)

Enintään puoli vuotta vanha lääkärinlausunto, lomake C tai muu lääkärin antama selvitys, josta käy ilmi avuntarve päivittäisissä toimissa. Sotilasvammalain piiriin kuuluvat (vähintään 10 %)

Valtiokonttorin päätös.



Sosiaali- ja terveystalvelut
Asiakasohjausyksikkö

Pirkanmaan omaishoidon tuen yksikkö

6 (6)

Allekirjoituksellani vakuutan antamani tiedot oikeiksi.

Paikka ja päiväys _____

Hakijan allekirjoitus _____

Hoitajan allekirjoitus _____

Yhteishuoltajuustilanteessa toisen huoltajan allekirjoitukset tai yhteystiedot:

Toisen huoltajan allekirjoitus _____

Yhteystiedot (nimi ja puhelin) _____

Jos lapsen vanhemmat ovat eronneet ja heillä on yhteishuoltajuus, tulee molempien vanhempien tietää tuen hakemisesta. Omaishoitajana voi toimia vain toinen vanhemmista.

Lomakkeiden palautus:

Tampereen kaupunki, Sosiaali- ja terveystalvelut,

Omaishoidon tuki, Hatanpäänkatu 3 F, 33900 Tampere

