



SAUVON KUNTA

Hakemus palvelu/laitoshoitoasumista varten

Saap. pvm: _____

Hakija täyttää

Nimi: _____ sotu: _____

Osoite: _____

Puh.: _____

Laskutusosoite, jos eri kuin kotiosoite: _____

Asioidenhoitajan/edunvalvojan nimi ja yhteystiedot: _____

Nykyinen asuminen: yksin jonkun kanssa, kenen: _____

Kotona asumista vaikeuttavat asiat: _____

asiakkaan toive/käsitys sopivista hoitopaikoista: 1.tehostettu asumispalveluyksikkö 2.laitosSuostun siihen, että Sauvon sosiaalitoimi hankkii potilastiedoista tarpeelliset tiedot

paikka ja aika

hakijan/edunvalvojan allekirjoitus

Viranomaisen täyttää

Kotona selviytymisen tueksi tällä hetkellä tehdyt toimenpiteet: _____

Kotihoito

Käyntimäärä/vrk: _____ Tuntia/kk: _____

Tukipalvelut

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ateriapalvelu | <input type="checkbox"/> Turvapuhelin |
| <input type="checkbox"/> Asiointipalvelu | <input type="checkbox"/> Päivätoiminta |
| <input type="checkbox"/> Pesula | <input type="checkbox"/> Siivous |

Mini-Mental: _____ pist./pvm.

Rava-indeksi: _____

IADL: _____

Viranomaisen arvio sopivaksi hoitopaikaksi:

1. koti
2. tehostettu sos. palvelukeskus
3. Hoiva

paikka ja aika

Viranomaisen allekirjoitus ja nimenselvennys

Hakemuksen palautusosoite:

Vast. SH Kirsi Haavisto

Sauvon palvelukeskus

Hakkistie 4, 21570 Sauvo