|  |  |
| --- | --- |
| **Palautusosoite:**  Sauvon palvelukeskus  Hakkistie 4  21570 Sauvo | **Viranomaismerkinnät**  Saapunut pvm  Diaarinumero |
|  |  |
| **1. Hakijan henkilötiedot** |  |
| Sukunimi | Etunimet |
| Henkilötunnus | Vakinainen asuinkunta |
| Osoite | Postinumero ja -toimipaikka |
| Laskutusosoite, jos eri, kuin kotiosoite | |
| Puhelinnumero päivisin | Sähköpostiosoite |
| Asianhoitajan / edunvalvojan nimi ja yhteystiedot: | |
| Nykyinen asuminen  Yksin  Jonkun kanssa, kenen? | |
| **Asumista vaikeuttavat asiat** | |
|  | |
| **Haettava palvelu**  Tehostettu asumispalveluyksikkö  Laitos | |

|  |
| --- |
| **Allekirjoitukset ja suostumukset** |
| Palveluasumisen myöntämisen ja asiakassuhteen hoitamisen kannalta tarpeellisten  asiakastietojen rekisteröinti on kuvattu hakemuksen liitteenä olevassa rekisteriselosteessa.  Olen tutustunut rekisteriselosteeseen ja hyväksyn tietojeni käsittelyn rekisteriselosteen mukaisesti.  Vakuutan, että yllä antamani tiedot ovat totuudenmukaiset ja valtuutan palvelujen antamisesta päättävän viranomaisen hankkimaan tarvittavat tiedot päätöksentekoa varten |
| Paikka ja päivämäärä  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hakijan / edunvalvojan allekirjoitus    Nimen selvennys |

|  |  |
| --- | --- |
| **Viranomainen täyttää** | |
| Kotona selviytymisen tueksi tällä hetkellä tehdyt toimenpiteet | |
| Kotihoito, käyntimäärät /vrk | Kotihoito, tuntia / kk |
| Tukipalvelut  Ateriapalvelu  Turvapuhelin  Asiointipalvelu  Päivätoiminta  Pesula  Siivous |  |
| Mini-Mental pist | pvm |
| Rava-indeksi | |
| IADL | |
| Viranomaisen arvio sopivaksi hoitopaikaksi:  Koti  Tehostettu sos. palvelukeskus  Hoiva | |
| Paikka ja päivämäärä  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Viranomaisen allekirjoitus    Nimen selvennys | |