

OMAISHOIDONTUEN HAKEMUS ANSÖKAN OM
STÖD FÖR NÄRSTÅENDEVÅRD

HOIDETTAVAA KOSKEVAT TIEDOT/ UPPGIFTER OM DEN VÅRDBEHÖVANDE		
Nimi/ Namn		
Henkilötunnus/ Soc.skyddssignum	Puhelin/Telefon	
Osoite/Adress		
Siviilisääty/ Civilstånd <input type="checkbox"/> naimaton/ogift <input type="checkbox"/> naimisissa/gift <input type="checkbox"/> eronnut/frånskild <input type="checkbox"/> leski/änka,änkling		
Hoidettavan kanssa samassa taloudessa asuvat/Personer som bor i samma hushåll med den vårdbehövande		
Hoidettavan terveydentila/sairaudet /vamma		
HOITAJAA KOSKEVAT TIEDOT/ UPPGIFTER OM VÅRDAREN		
Nimi/ Namn		
Henkilötunnus/ Soc.skyddssignum	Puhelin/Telefon	
Osoite/ Adress		
Hoitaja on hoidettavan <input type="checkbox"/> puoliso <input type="checkbox"/> sisar/veli <input type="checkbox"/> lapsi <input type="checkbox"/> isä/äiti <input type="checkbox"/> muu omainen, kuka _____	Hoitajan työssäkäynti <input type="checkbox"/> kokopäivätyö <input type="checkbox"/> osa-aikatyö <input type="checkbox"/> ei työssä <input type="checkbox"/> eläkkeellä <input type="checkbox"/> jäänyt pois omasta työstään hoitotyön vuoksi alkaen	
Hoitajan terveys, sairaudet ja toimintakyky		
Hakijan allekirjoitus/ Underskrift av den sökande Vakuutan antamani tiedot oikeiksi ja suostun asiani käsittelyssä tarpeellisten tietojen antamiseen /hankintaan muilta viranomaisilta. Jag intygar att uppgifterna som jag har gett är riktiga och jag tillåter att man i samband med att saken behandlas har rätt att ge/eller begära om nödvändig information till/av andra instanser.		
Päiväys / Datum _____	Hoidettavan allekirjoitus/ Den vårdbehövandes underskrift _____	Hoitajan allekirjoitus/ Vårdarens underskrift _____

Palautus/Returneras:

Vanhustyön palvelupäällikkö,
Tiia Gustavson, tiia.gustavson(at)lapinjarvi.fi,
puh./tel. 044-720 8003