

HAKEMUS YMPÄRIVUOROKAUTISEEN HOITOON / ANSÖKAN TILL DYGNETRUNT VÅRD

HAKIJA TÄYTTÄÄ SÖKANDE FYLLER I

Hakijan henkilötiedot	Sukunimi ja etunimet / Efternamn och förnamnen		Henkilötunnus / Personbeteckning
	Nykyinen osoite / Nuvarande adress	Postinumero / Postnummer	Toimipaikka / Postanstalt
	Puhelinnumero / Telefon	Siviilisääty / Civilstånd	
	Väestökirjalain mukainen kotipaikka / Hemort enligt lagen om befolkningsböcker		
	Lähiomaiset / edunvalvoja / asiainhoitaja; nimi, osoite ja puhelinnumero / Närmaste anhörig / intressebevakare / namn, adress och telefonnummer		
Hakijan saada apu ja tukipalvelut	Kotihoito / Hemvård _____ x vrk / dygn viikko / vecka kk / mån		Eläkkeensaajan Kelan hoitotuki €/kk FPA vårdbidrag € / mån
	Omainen / Anhörig _____ x vrk / dygn viikko / vecka kk / mån		
Hjälp och stödttjänster som sökande erhåller	Muu / Annan _____ x vrk / dygn viikko / vecka kk / mån		
	<input type="checkbox"/> Turvapuhelin / Tygghetstelefon	<input type="checkbox"/> Sauna / Bastu	
	<input type="checkbox"/> Ruokapalvelu / Matservice	<input type="checkbox"/> Kauppa / Butikstjänst	
	<input type="checkbox"/> Pyykkipalvelu / Klädvård	<input type="checkbox"/> Päivätoiminta / Dagverksamhet	
Asuminen	<input type="checkbox"/> Omakotitalo / Egnahemshus Asuu toimen kanssa, kenen? Bor tillsammans, med vem?		
Boende	<input type="checkbox"/> Rivitalo / Radhus _____		
	<input type="checkbox"/> Kerrostalo	<input type="checkbox"/> Asuu yksin / Bor ensam	
Pääsy hakemukselle			
Huvudorsak till ansökan			



Lisätietoja tarvittaessa	
Tilläggsuppgifter vid behov	
Hakijan allekirjoitus	Annan suostumukseni tarvittavien tietojen hankintaan. Tiedot tallennetaan asiakas-/potilasrekisteriin. Jag ger mitt tillstånd till att nödvändig information får skaffas. Informationen sparas i klient-/patientregistret.
Sökandes underskrift	Paikka ja aika / Ort och datum _____ / _____ 20 _____
	Hakijan allekirjoitus / Sökandes underskrift (poikkeustapauksessa hakijan edustaja, omainen tai edunvalvoja) (vid undantagstillstånd sökandes ställföreträdare, anhörig eller intressebevakare) _____
Yhteyshenkilö, ellei yllä mainittu Kontaktperson, om ej ovannämnda	Nimi / Namn Osoite / Adress Puhelin / Telefon _____

Hakemuksen palautusosoite / Ansökan returneras till:

Lapinjärven kunta /perusturva
Lappträsk kommun /grundtrygghet
Lapinjärventie /Lappträskvägen 20A
07800 Lapinjärvi /Lappträsk

Liitteet;

Lääkärinlausunto / Läkarutlåtande

Rava

MMME