



HAKEMUS IKÄIHMISTEN KUNTOUTTAVAAN PÄIVÄTOIMINTAAN

Hakijan henkilötiedot	Nimi	Henkilötunnus
	Lähiosoite Postitoimipaikka	Puhelin
Lähiomainen / asioiden hoitaja	Nimi	Puhelin
Nykytila, toimintakyky, avuntarve päivittäisessä selviytymisessä	Asuminen: <input type="checkbox"/> yksin <input type="checkbox"/> omaisen kanssa	
	Oletteko kotihoidon asiakas: <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
	Oletteko omaishoidon tuen asiakas: <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
	Liikkuminen: <input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> avustettuna <input type="checkbox"/> liikkumisen apuväline, mikä? _____	
	Näkö: <input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> heikentynyt <input type="checkbox"/> sokea	
	Kuulo: <input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> alentunut <input type="checkbox"/> kuuro	
	Muisti: <input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> alentunut <input type="checkbox"/> muistamaton	
Muita päivätoiminnassa huomioitavia asioita (mm. terveydentila, avuntarpeet, erityisruokavalio, vaivat, haavanhoito): _____ _____ _____ _____		
Päivätoiminnan tarve	Päivätoimintaan hakeutumisen syy: <input type="checkbox"/> toimintakyvyn tukeminen <input type="checkbox"/> sosiaalinen kanssakäyminen <input type="checkbox"/> omaishoitajan lepo <input type="checkbox"/> muu syy, mikä? _____	
	Päivätoimintapaikkaa haetaan: <input type="checkbox"/> osapäivätoimintaan (2-4 tuntia/kerta, sisältää toiminnan ja kahvin) <input type="checkbox"/> kokopäivätoimintaan (5-6 tuntia/kerta, sisältää toiminnan, ruoan ja kahvin) HUOM. Kokopäivätoimintaa on tarjolla rajoitetusti, mikäli tätä ei ole mahdollista myöntää, teille voidaan sen sijaan tarjota mahdollisuutta osapäivätoiminnan ryhmään	



Kulkeminen päivätoimintaan	<input type="checkbox"/> Omalla autolla <input type="checkbox"/> Jalan <input type="checkbox"/> Omainen / joku muu tuo <input type="checkbox"/> Paikallisliikenteellä <input type="checkbox"/> Tarvitsen kuljetusta (Ainoastaan oman kotikunnan alueelle ja vain asiakkaille, joilla ei ole mahdollisuutta käyttää edellä mainittuja vaihtoehtoja)
Henkilö, johon ollaan yhteydessä palvelusta sovittaessa	<input type="checkbox"/> Asiakas <input type="checkbox"/> Lähiomainen/ Asioidenhoitaja <input type="checkbox"/> Muu, kuka: _____ puh: _____
<input type="checkbox"/> Annan luvan tietojeni siirtämiseen sosiaali- ja terveystoimen välillä. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812; 16§ Suostumus tietojen antamiseen; 17§ Salassa pidettävien tietojen antaminen asiakkaan hoidon ja huollon turvaamiseksi)	
Päiväys / 20	
Hakijan tai hänen edustajansa allekirjoitus ja nimenselvennys	

Lisätiedot: Ikäluotsi, puh. 040 657 0040, www.llky.fi

Hakemus palautetaan osoitteeseen: LLKY / IkäLuotsi, PL 100, 61801 Kauhajoki