

HAKEMUS TUETUN ASUMISEN PALVELUUN (TAP)

(asiakkaan omaan kotiin tarjottava palvelu)

HENKILÖTIEDOT

Nimi	Henkilötunnus
Osoite	Puhelinnumero
Ammatti	Sähköposti

MISSÄ PÄIVITTÄISISSÄ TOIMISSA TARVITSET APUA, SELVITÄ MITEN?

<input type="checkbox"/>	Syöminen
<input type="checkbox"/>	Peseytyminen
<input type="checkbox"/>	Pukeutuminen
<input type="checkbox"/>	WC-toiminnot
<input type="checkbox"/>	Lääkityksestä huolehtiminen
<input type="checkbox"/>	Liikkuminen sisällä
<input type="checkbox"/>	Liikkuminen ulkona
<input type="checkbox"/>	Kodinhoito, ruuanlaitto, siivous, vaatehuolto jne.
<input type="checkbox"/>	Muu, mikä?

TOIMINTAKYKYYN VAIKUTTAVAT SAIRAUDET JA VAMMAT



MITÄ MUITA PALVELUITA KÄYTÖSSÄSI ON?

LISÄTIETOJA

ALLEKIRJOITUS

Paikka ja päivämäärä	Hakijan allekirjoitus ja nimenselvennys

Hakemuksen on puolestani täyttänyt muu henkilö, hänen yhteystietonsa:

Ensimmäistä kertaa TAP-palvelua haettaessa mukaan tulee liittää lääkärin tai muun terveydenhuollon asiantuntijan lausunto, joka ei saa olla vuotta vanhempi.

Hakemus palautetaan:

Kauhajoki: Kauhajoen kaupungintalo/vammaispalvelut, PL 100, 61801 KAUAJOKI
tai sähköpostilla osoitteella: etunimi.sukunimi@llky.fi

Lisätietoja antavat:

Kauhajoki: Eija Koskela, sosiaalihoaja puh. 040 549 2235
Maria Laine, sosiaalihoaja puh. 040 182 2242

sähköpostit muotoa: etunimi.sukunimi@llky.fi