



Social- och hälsovårdsverket
Sosiaali- ja terveystyöryhmä

ANSÖKAN OM BOENDE ELLER INTERVALLVÅRD

Vårdplats på boende

Intervall

Ansökan inkom ____/____20__

Uppgifter om sökanden	Namn	Personbeteckning
	Adress	Tfn
Hemkommun		
Civilstånd	<input type="checkbox"/> gift <input type="checkbox"/> ogift <input type="checkbox"/> sambo <input type="checkbox"/> frånskild <input type="checkbox"/> änka/änkling <input type="checkbox"/> krigsinvalid, % _____ <input type="checkbox"/> krigsveteran	
Anhörigas uppgifter	Namn Adress	Tfn: Hem:

Intressebevakare

Vem kontaktas angående ansökningen ?

Sökande Någon annan/vem

SITUATIONEN VID ANSÖKNINGSTILLFÄLLET

Boende	<input type="checkbox"/> Bor ensam <input type="checkbox"/> Bor med make/maka
	<input type="checkbox"/> Med någon annan/vem _____
	<input type="checkbox"/> Våningshus <input type="checkbox"/> Radhus <input type="checkbox"/> Egnahemshus <input type="checkbox"/> Servicehus <input type="checkbox"/> Annat

NUVARANDE FUNKTIONSFÖRMÅGA och VEM SOM HJÄLPER VID BEHOV

Förmåga att röra sig			
<input type="checkbox"/> självständig	<input type="checkbox"/> anhörig	<input type="checkbox"/> hemvården	<input type="checkbox"/> annan
Påklädning/avklädning			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dusch/bastu			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VC besök			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matlagning			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicindelning och intag			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uträttande av ärenden (butik, bank osv.)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Städning			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HJÄLPMEDEL och TJÄNSTER

Hjälpmedel				
<input type="checkbox"/> käpp	<input type="checkbox"/> rollator	<input type="checkbox"/> rullstol	<input type="checkbox"/> annat	
Färdtjänst	Matservice			
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	
Trygghetstelefon	Minnet	MMSE	datum	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> bra	<input type="checkbox"/> försämrat	<input type="checkbox"/> minneslös
Dagcenterverksamhet	Intervall			
<input type="checkbox"/> regelbunden	<input type="checkbox"/> regelbunden			
Stöd för närståendevård	Vårdbidrag från FPA			
<input type="checkbox"/> ja _____ €/mån	<input type="checkbox"/> ja _____ €/mån			
Anhåller om boende eller intervall plats i				
<input type="checkbox"/> Jakobstad	<input type="checkbox"/> Pedersöre	<input type="checkbox"/> Larsmo	<input type="checkbox"/> Nykarleby	

SJUKDOMAR SOM PÅVERKAR MIN FÖRMÅGA ATT SJÄLVSTÄNDIGT KLARA DET DAGLIGA LIVET

MOTIVERING TILL VARFÖR BOENDEPLATS SÖKS

ANNAT/ÖNSKEMÅL

Placeringskoordinatorn utvärderar rätt vårdnivå utgående från hur vårdkrävande vårdbehovet är. Utredningen baseras delvis på en RAI kartläggning som inte får vara äldre än 1 månad.

Med hänvisning till ovanstående ansöker jag om boendeplats. Jag samtycker till att placeringskoordinatorn får ta del av kompletterande uppgifter om mig från Social- och hälsovårdsverkets datasystem enligt 20§ i Lagen om klientens ställning och rättigheter.

Boendeplatsen som beviljas tar jag emot när den finns tillgänglig. Ifall den anvisade boendeplatsen inte tas emot inom 5 dagar, överförs vårdansvaret till sökande och/eller anhöriga.

Ort och datum _____

Underskrift _____



Uppgifterna ges ej till utomstående. Om ansökan undertecknas av någon annan än den sökande bör orsak anges.

Ansökan returneras till

Staden Jakobstad, Social- och hälsovårdsverket

Placeringskoordinatorn

PB 111, 68601 Jakobstad