

Ansökan inkommit ____/____ 20____

Sökanden	
Namn _____	Personbeteckning _____
Civilstånd _____	Tfn _____
Adress _____	Hemkommun _____

Närmaste anhörig/kontaktperson	
Namn _____	Tfn _____
Adress _____	

Nuvarande bostad eller vårdplats

Tjänster inom öppna vården	
Hemservice _____	Hur ofta _____
Hemsjukvård _____	Hur ofta _____
Dagcenter _____	
Intervallvård _____	
Hjälpmedel _____	
Närståendevård _____	
Annat _____	

Redogör för behovet av vårdplats

Vårdplaneringsgruppen utvärderar rätt vårdnivå utgående från hur krävande vården är. Klientens egna önskemål beaktas så långt det är möjligt.

Hänvisande till ovanstående ansöker jag om en servicebostad eller vårdplats. Jag samtycker till att vårdplaneringsgruppen, vid behov begär kompletterande uppgifter om mitt vårdbehov från hvc, sjukhus eller annan källa. Boendeplatsen som beviljats tas omedelbart emot när den blir ledig.

Ort och datum _____

Underskrift _____

Uppgifterna ges inte till utomstående

Bilagor

Till ansökan bifogas en aktuell utredning om sökandens hälsotillstånd och funktionsförmåga

Ansökan returneras till

Staden Jakobstad, Social- och hälsovårdsverket
Placerings-skötare
Psykiatrisk vuxenmottagning
Kållbyvägen 7 / PB 111
68601 Jakobstad

Boendeplats som beviljats tas emot när den finns tillgänglig. Ifall den anvisade boendeplatsen inte tas emot inom 5 dagar överförs vårdansvaret till den sökande och/eller anhöriga