

Hakemus on saapunut ____/____ 20____

Hakija

Nimi _____ Henkilötunnus _____

Siivillisäätty _____ Puh. _____

Osoite _____ Kotikunta _____

Lähin omainen/yhteyshenkilö

Nimi _____ Puh. _____

Osoite _____

Nykyinen asunto tai hoitopaikka

Avopalvelut

Kotipalvelu _____ Kuinka usein? _____

Kotisairaanhoido _____ Kuinka usein? _____

Päiväkeskus _____

Jaksohoito _____

Apuvälineet _____

Omaishoidontuki _____

Muuta _____

Selvitys asumispalveluntarpeesta

Hoidonsuunnitteluryhmä arvioi oikean hoitotason hoidon vaativuuden perusteella. Asiakkaan omat toiveet huomioidaan mahdollisuuksien mukaan.

Yllämainittuun viitaten haen palveluasuntoa tai hoitopaikkaa. Annan suostumukseni siihen, että hoidonsuunnitteluryhmä pyytää tarvittaessa täydentäviä tietoja hoidontarpeestani terveyskeskuksesta, sairaalasta tai muusta lähteestä. Myönnetty asumispaikka otetaan vastaan välittömästi sen vapautuessa.

Paikka ja aika _____

Allekirjoitus _____

Tietoja ei luovuteta ulkopuolisille

Liitteet

Hakemukseen liitetään selvitys hakijan tämänhetkisestä terveydentilasta ja toimintakyvystä.

Hakemus palautetaan osoitteeseen

Pietarsaaren kaupunki, sosiaali- ja terveystoimi
Sijoitushoitaja
Psykiatrinen aikuisvastaanotto
Kolpintie 7 / PL 111
68601 Pietarsaari

Myönnetty asumispaikka otetaan vastaan kun se on käytettävissä. Mikäli myönnettyä paikkaa ei oteta 5 päivän sisällä vastaan siirtyy hoitovastuu hakijalle ja/tai omaisille.