

1 HAKIJA

Hakijan nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Ammatti: _____

Osoite: _____

Postinumero: _____

Puhelinnumero: _____

Sähköpostiosoite: _____

Sähköposti: _____

Kotikunta: _____

Asiointikieli: _____

Lähiomainen tai edunvalvoja, nimi- ja yhteystiedot:

Hakijan kotitaloudessa asuvien henkilöiden lukumäärä:

Lähiomaiset tai muut tärkeät ihmiset:

Puolesta asioijan tiedot, nimi- ja yhteystiedot, sähköpostiosoite:

Vammaispalvelut p. 013 330 2807 ma–ke klo 8.30–10.30 to 12.30–14.30

- Koulukatu 20, 80100 Joensuu
- Siilaisen kuntoutumiskeskus (as.muutostyöt), Noljakantie 17 A, B-ovi 80130 Joensuu

2 HAETTAVAT PALVELUT

- ☐ Asumisen tuki
- ☐ Erityinen osallisuuden tuki
- ☐ Esteettömän asumisen tuki
- ☐ Henkilökohtainen apu
- ☐ Kehitysvammaisten henkilöiden työtoiminta
- ☐ Lapsen asumisen tuki
- ☐ Liikkumista tukevat palvelut (kuljetuspalvelua haetaan erillisellä lomakkeella)
- ☐ Lyhytaikainen huolenpito
- ☐ Päivätoiminta
- ☐ Taloudellinen tuki
- ☐ Taloudellinen tuki hengityslaitteen varassa elävälle henkilölle
- ☐ Tuettu päätöksenteko
- ☐ Valmennus
- ☐ Vaativa moniammatillinen tuki
- ☐ Muut palvelut ja tukitoimet_____

3 KUVAUS HAKIJAN TILANTEESTA JA PERUSTELUT HAETTAVALLE PALVELULLE

Selvitys haettavasta palvelusta/tukitoimesta (asiakkaan oma näkemys palvelutarpeesta)

Milloin ja missä avuntarve, toimintakyvyn vaje on aiheutunut?

Missä asioissa tarvitsette apua toimintakyvyn vajeen vuoksi?

Vammaispalvelut p. 013 330 2807 ma–ke klo 8.30–10.30 to 12.30–14.30

- Koulukatu 20, 80100 Joensuu
- Siilaisen kuntoutumiskeskus (as.muutostyöt), Noljaantie 17 A, B-ovi 80130 Joensuu

Millaisia haittoja vamma tai sairaus aiheuttaa teidän jokapäiväisissä toiminnoissanne?

Millä tavalla haettava palvelu auttaisi itsenäistä selviytymistänne?

Saatteko palvelua tai korvausta muualta samaan tarkoitukseen, mistä?

Esimerkiksi vakuutusyhtiöstä.

4. VAMMAN TAI SAIRAUDEN AIHEUTTAMA AVUNTARVE

Päivittäiset toiminnot 1= selviydyn omatoimisesti, 2= tarvitsen apua jonkin verran, 3 = tarvitsen apua runsaasti

1 2 3

☐ ☐ ☐ Peseytyminen

☐ ☐ ☐ WC-toiminnot

☐ ☐ ☐ Pukeutuminen

☐ ☐ ☐ Ruuanvalmistus

☐ ☐ ☐ Ruokailu

☐ ☐ ☐ Kodinhoito

☐ ☐ ☐ Asiointi kodin ulkopuolella

☐ ☐ ☐ Kommunikaatio, viestintä

☐ ☐ ☐ Lääkehoito

☐ ☐ ☐ Lastenhoito

☐ ☐ ☐ Avuntarve jossain muussa, missä?

Saatteko kotipalvelua?

☐ Kyllä ☐ En

Jos saatte kotipalvelua, niin mihin asioihin ja kuinka paljon? _____

Vammaispalvelut p. 013 330 2807 ma–ke klo 8.30–10.30 to 12.30–14.30

- Koulukatu 20, 80100 Joensuu
- Siilaisen kuntoutumiskeskus (as.muutostyöt), Noljaantie 17 A, B-ovi 80130 Joensuu

Keneltä saatte apua / hoitoa päivittäisissä toimissa? _____

5. KÄYTÖSSÄ OLEVAT APVÄLINEET

- ☐ Suoriudun päivittäisistä toimista ilman apua tai apuvälineitä
- ☐ Toisen henkilön avustamana. Miten?

Apuvälineiden avulla. Käytössä olevat apuvälineet? _____

5 LISÄTIETOJA

6 ALLEKIRJOITUS

Paikka ja päivämäärä: _____

Hakijan allekirjoitus ja nimen selvennys: _____

LIITTEET

Hakemuksen liitteenä tulee olla terveydenhuollon asiantuntijan (esim. fysioterapeutti, toimintaterapeutti) enintään vuoden vanha lausunto, joka sisältää kuvauksen asiakkaan vammasta ja toimintakyvystä sekä kustannusarvio ja muut asiantuntijalausunnot

LAKISELOSTUS

Palvelutarpeen arviointi on aloitettava seitsemäntenä arkipäivänä sen jälkeen, kun vammaisen henkilö taikka hänen laillinen edustajansa tai omaisensa, muu henkilö tai viranomainen on ottanut yhteyttä sosiaalipalveluista vastaavaan hyvinvointialueeseen palvelujen saamiseksi. Vammaisen henkilön tarvitsemien palvelujen ja tukitoimien selvittämiseksi on ilman aiheutonta viivytystä laadittava palvelusuunnitelma. (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 3 a §.

Rekisterinpitäjän tietosuojaselosteet ovat EU:n yleisen tietosuojasetuksen 2016/679 mukaiset ja asiakkaiden nähtävillä Siun soten verkkosivuilla henkilötietojen käsittely - siunsote.fi. Asiakirjahallinnon vastuista ja tehtävistä on sovittu ja vastuuhenkilö on nimetty.

Vammaispalvelut p. 013 330 2807 ma–ke klo 8.30–10.30 to 12.30–14.30

- Koulukatu 20, 80100 Joensuu
- Siilaisen kuntoutumiskeskus (as.muutostyöt), Noljaakantie 17 A, B-ovi 80130 Joensuu

Asiakastietonne rekisteröidään Siun soten sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymän asiakastietojärjestelmään. Järjestelmän rekisteriseloste on nähtävissä perhe- ja sosiaalipalvelujen yksiköissä.

LIITE: TULO- JA VARALLISUUS SELVITYS SOSIAALIHUOLTOLAIN MUKAISIIN PALVELUIHIN

Asiakkaan netto tulot ja varallisuus	Nettotulot euroa /kk
Kansaneläke	
Perhe-eläke, mistä?	
Ylimääräinen rintamalisä	
Eläkettä saavan KELA:n hoitotuki	
Työeläke, mistä?	
Työttömyysturva, sairauspäiväraha, kuntoutustuki	
Muut tulot (vuokratulot, metsätulot, osinkotulot, korkotulot)	
Pankkitalletukset, omaisuus (toinen asunto, kesämökki)	

Puolison nettotulot ja varallisuus	Nettotulot euroa /kk
Kansaneläke	
Perhe-eläke, mistä?	
Ylimääräinen rintamalisä	
Eläkettä saavan KELA:n hoitotuki	
Työeläke, mistä?	
Työttömyysturva, sairauspäiväraha, kuntoutustuki	
Muut tulot (vuokratulot, metsätulot, osinkotulot, korkotulot)	
Pankkitalletukset, omaisuus (toinen asunto, kesämökki)	

Vammaispalvelut p. 013 330 2807 ma–ke klo 8.30–10.30 to 12.30-14.30

- Koulukatu 20, 80100 Joensuu
- Siilaisen kuntoutumiskeskus (as.muutostyöt), Noljaantie 17 A, B-ovi 80130 Joensuu

SUOSTUMUS TIETOJEN PYYTÄMISEEN

Asiakkaan nimi ja henkilötunnus:

Suostumuksen pyytäjä: _____

(palvelutehtävä ja palveluyksikkö)

Annan suostumukseni itseäni koskevien tarpeellisten ja välttämättömien tietojen hankkimiseen seuraavista Siun soten hyvinvointialueen palveluista. Suostun siihen, että kyseisiä tietoja käsitellään palveluntarpeen selvittämiseksi ja palvelun järjestämiseksi. (Asiakastietolaki 53 §)

☐ Terveystieteiden palvelut, mikä palvelu ja milloin ajalta _____

☐ Mielenterveyspalvelut, milloin ajalta _____

☐ Päihdepalvelut, milloin ajalta _____

☐ Iäkkäiden palvelut, milloin ajalta _____

☐ Lapsiperheiden palvelut, milloin ajalta _____

☐ Lastensuojelu, milloin ajalta _____

☐ Työikäisten palvelut, milloin ajalta _____

☐ Vammaispalvelut, milloin ajalta _____

MUUT ASIOINTIIN LIITTYVÄT SUOSTUMUKSET

☐ **Suostumus etäkäyntiin** (ammattilaisen kotikäynnin toteuttaminen puhelimen/videon avulla). Etäkäynti on maksuton.

☐ **Suostumus ajanvarauksen ilmoittamiseen** tekstiviestillä.

Hyväksyn asiakirjojen sähköisen tiedoksiannon

Asiakkaalla on oikeus koska tahansa peruuttaa antamansa suostumus ilmoittamalla peruuttamisesta vammaispalveluun ja omatyöntekijälle.

Aika ja paikka _____

Allekirjoitus ja nimen selvennys

Nimen selvennys