



HOIDETTAVAN TIEDOT	
Nimi	Henkilötunnus
Lähisoiie	Puhelinnumero
Postinro- ja toimipaikka	

Toimintakykyä haittaavat sairaudet tai vammat:	
Käykö teillä kotihoidon työntekijä	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Kuinka monta kertaa viikossa ?	
Valvotun kotisairaanhoidon asiakas	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Saako hoidettava KELA:n	<input type="checkbox"/> alinta hoitotukea <input type="checkbox"/> korotettua hoitotukea <input type="checkbox"/> erityishoitotukea
	<input type="checkbox"/> ei saa hoitotukea <input type="checkbox"/> hoitotukea haettu

OMAISHOITAJAN TIEDOT	
Nimi	Henkilötunnus
Osoite	Puhelinnumero
Postinro- ja toimipaikka	

Suhde hoidettavaan	<input type="checkbox"/> aviopuoliso <input type="checkbox"/> vanhempi	<input type="checkbox"/> avopuoliso <input type="checkbox"/> lapsi	<input type="checkbox"/> muu mikä ?
--------------------	---	---	-------------------------------------

Omaishoitajan antama apu hoidettavalle:

Lisätietoja:

Hakemuksen täyttäjä	Puhelinnumero
Päiväys	Hakijan allekirjoitus

Annan suostumukseni siihen, että hakemustani saa käsitellä SAS-työryhmässä.



KITTILÄN KUNTA
Sosiaali- ja terveyslautakunta
99100 Kittilä

OMAISHOIDON TUEN HAKEMUS

Hakijan allekirjoitus