



Kittilä

Kittilän kunta
Sosiaali- ja terveyslautakunta
Valtatie 15, 99100 Kittilä

HAKEMUS LYHYTAIKAISEEN HOITOON

Laitoshoito / Vuorohoito / Intervallihoito

PALAUTUS: Kittilän kunta
Hoivapalvelupäällikkö
Lanssitie 5
99100 Kittilä

Hakemus vastaanotettu

Hakijan tiedot	Sukunimi	Henkilötunnus
	Etunimet (alleiviivaa kutsumanimi)	
	Lähiosoite	
	Postinumero ja – toimipaikka	Puhelinnumero
	Siviilisäätö <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> avo-/avioliitossa <input type="checkbox"/> eronnut <input type="checkbox"/> leski	
Lähiomainen / yhteyshenkilö	Sukunimi	Etunimi
	Lähiosoite	
	Postinumero ja – toimipaikka	Puhelinnumero
Palvelutarve	Oletteko kotihoidon asiakas? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
	Oletteko omaishoidon asiakas? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
	Pääsyy lyhytaikaisen hoidon hakemiseen	
SUOSTUN SIIHEN, ETTÄ HAKEMUSTANI KÄSITTELEVÄT VIRANHALTIJAT, JOTKA OSALLISTUVAT PALVELUSTA PÄÄTTÄMISEEN.		
Allekirjoitus	_____	
	Paikka ja päivämäärä	Hakijan / yhteyshenkilön allekirjoitus