

HAKIJAN HENKILÖ- TIEDOT	Sukunimi ja etunimet		Henkilötunnus
	Osoite		Puhelinnumero
	Siviilisäätö: <input type="checkbox"/> Naimisissa <input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> Eronnut <input type="checkbox"/> Leski		
ASIOIDEN HOITAJA	Asioiden hoitajan nimi		Puhelinnumero
	Osoite		
	Asioiden hoitajan suhde hakijaan		
EDUN- VALVOJA (Jos on virallinen päätös)	Edunvalvojan nimi		Puhelinnumero
	Osoite		
	Edunvalvojan suhde hakijaan		
NYKYISET PALVELUT	Kotihoito	kertaa / päivä	<input type="checkbox"/> Turvapuhelin
	Yöpartio	kertaa / päivä	<input type="checkbox"/> Omaishoidon tuki
	Päivätoiminta	kertaa / viikko	<input type="checkbox"/> Kuljetuspalvelu
	Ateriapalvelu	kertaa / viikko	<input type="checkbox"/> Lyhytaikaishoito
	Muut palvelut		
	Kelan eläkettä saavan hoitotuki		
	<input type="checkbox"/> Hoitotuki <input type="checkbox"/> Korotettu hoitotuki <input type="checkbox"/> Erytishoitotuki		
	Käytössä olevat apuvälineet		

NYKYINEN ASUMINEN	<input type="checkbox"/> Omakotitalo <input type="checkbox"/> Rivitalo <input type="checkbox"/> Kerrostalo _____ kerros <input type="checkbox"/> palvelutalo	<input type="checkbox"/> Omistusasunto <input type="checkbox"/> Vuokra-asunto <input type="checkbox"/> Talossa on hissi <input type="checkbox"/> Talossa ei ole hissiä
Muut lisätiedot asumisesta (esim. asumisen puutteet)		
HAKEMUKSEN PERUSTELUT		
SUOSTUMUS TIETOJEN KÄSITTELYYN	Allekirjoituksellani annan luvan minua koskevien tietojen käsittelyyn moniammatillisessa sosiaali- ja terveystoimen SAS-työryhmässä (selvitys-, arviointi- ja sijoitusryhmä) sekä näiden tietojen siirtoon tulevaan hoitopaikkaani. <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei, perustelu: Vakuutan edellä olevat tiedot oikeiksi ja suostun niiden tarkistamiseen. Tällä hakemuksella sitoudun ottamaan SAS-työryhmän suositteleman paikan vastaan. Mikäli hakija ei ota tarjottua paikkaa vastaan ja hänellä ei ole kieltäytymiseen pätevää syytä, SAS-työryhmä käsittelee asian uudelleen ja tarvittaessa poistaa hakemuksen.	
PÄIVÄYS JA ALLEKIRJOITUS	Päiväys	Allekirjoitus
HAKEMUKSEN TEOSSA AVUSTANUT HENKILÖ	Nimi ja puhelinnumero, virka-asema / avustaneen henkilön suhde hakijaan	
SAS-TYÖRYHMÄN ARVIO	Päiväys: ____/____20____ RAI MAPLe _____ RAI CPS _____ MMSE _____ Edellytykset: <input type="checkbox"/> Täyttyvät <input type="checkbox"/> Eivät täyty Perustelut	

Lomakkeen palautus:
Lopen kotihoito, Palveluohjaaja, Opintie 3, 12700 Loppi
Puhelin: 019 768 6143