



Saapunut (viranomaisen täyttää)

---

**Kotihoitoa tarvitsevan henkilötiedot**

Nimi	Henkilötunnus
Osoite	
Postinumero ja postitoimipaikka	Puhelin
Samassa perhepiirissä asuvien nimet ja mahdollinen sukulaisuussuhde:	

**Hoidon ja tuen tarve**

Sairaus tai vamma:
Päivittäinen henkilökohtainen avun ja hoidon tarve:

**Avo- ja tukipalvelujen käyttö**

Käytättekö kotisairaanhoidon, kotipalvelun, Palvelukeskus Marjapaikan tai Metsäniityn, terveyskeskuksen tai joitakin muita palveluja?
---

**Hoitajan ja muun lähiverkoston osallistuminen hoitoon**

--

**Hoitajan toive vapaapäivä- ja lomajärjestelyistä**

--

**Hoitajaa koskevat tiedot**

Nimi	Henkilötunnus
Osoite	
Postinumero ja postitoimipaikka	Puhelin
Onko hoitaja jäänyt pois ansiotyöstään hoitaakseen tuen hakijaa? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, milloin	
Hoitaja on: <input type="checkbox"/> opiskelija <input type="checkbox"/> ansiotyössä <input type="checkbox"/> työtön <input type="checkbox"/> yrittäjä <input type="checkbox"/> eläkkeellä, mikä eläke	
Hoitaja on hakijan <input type="checkbox"/> puoliso <input type="checkbox"/> muu omainen, kuka <input type="checkbox"/> lapsi <input type="checkbox"/> perheen ulkopuolinen, palkattu hoitaja <input type="checkbox"/> äiti tai isä	
Vakuutan edellä olevat tiedot oikeiksi. Suostun tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta. Paikka ja aika _____ / 20	
Hoidettavan allekirjoitus	Hoitajan allekirjoitus

**Liitteet**

Lääkärintausunto pyydettyäessä