



Muonion kunta
Sosiaalitoimi

Lapsiperheiden omaishoidontuki hakemus

Saapumispäivä _____ / _____ 201____
Vastaanottaja _____

HAEN omaishoidon tukena ensisijaisesti

palkkiota

muuta, mitä _____

Henkilötiedot	Omaishoidettavan lapsen tiedot	Henkilötunnus
	Osoite	
	Postinumero, postitoimipaikka	Puhelin
Lapsen vamma tai sairaus	a) Sairaus tai vamma, jonka vuoksi lapsi on erityisen hoidon ja huolenpidon tarpeessa	
	b) lapsen liikuntakyky <input type="checkbox"/> Liikuntakykyinen <input type="checkbox"/> Liikuntakyky rajoittunut, miten <input type="checkbox"/> Liikuntakyvytön	
	Esiintyykö lapsella hengenahdistus-, tajuttomuus- tai kouristuskohtauksia? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä kohtauksia, kuinka usein, kauanko kestävät	
	d) Onko lapselle todettu älyllistä kehitysvammaisuutta <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä psykkisen kehityksen häiriöitä, käytös- tai tunnehäiriöitä? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä minkälaisia? neurologisen kehityksen erikoisvaikeuksia? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, minkälaisia?	
	e) Onko lapsi kuulo- tai näkövammaisen? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, miten?	
	f) Onko lapsella puhehäiriöitä? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, millaisia?	
	g) Onko yli 5-vuotiaalla lapsella yökastelua? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, kuinka usein? päiväkastelua? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, kuinka usein? Kykeneekö lapsi pidättämään ulosteen? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Osittain <input type="checkbox"/> Ei ollenkaan	

Avuntarve, hoito ja kuntoutus	<p>a) Millä tavoin ja kuinka usein lasta on autettava, hoidettava ja valvottava enemmän kuin vastaavanikäistä tervettä lasta alla luetelluissa toiminnoissa?</p> <p>Liikkumisessa</p> <p>Käyttääkö apuvälineitä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä?</p> <p>Ruokailussa</p> <p>Peseytymisessä</p> <p>Pukeutumisessa</p> <p>WC-toimissa</p> <p>Sosiaalisessa vuorovaikutuksessa (leikeissä, suhteissa muihin lapsiin, aikuisiin)</p> <p>Kuullun ymmärtämisessä</p> <p>Ympäristön hahmottamisessa</p> <p>Itsensä ilmaisemisessa</p> <p>Käyttääkö lapsi kuulokojetta, viittomia, kuvia, tai muita kommunikoinnin apuvälineitä? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä?</p> <p>Sairaanhoidollisissa toimenpiteissä (lääkkeiden anto, rasvaus, kohtausten valvonta)</p> <p>Erityisruokavalion noudattamisessa <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä</p> <p>Jossain muissa toiminnoissa; missä?</p>			
Päivittäinen avun tarve	<p>Tarkka kuvaus avun tarpeesta vuorokauden eri aikoina</p> <p>aamu</p> <p>päivä</p> <p>ilta</p> <p>yö</p>			
	Erityisapu	ajoittain	päivittäin	ympäri vuorokauden
	hoitotoimenpiteet			
	sairauskohtaukset			
	levottomuus			
	yövalvominen			
	mikä, muu			

	b) Mitä erityisiä kuntoutustoimenpiteitä lapsi tarvitsee? Lapsen saama terapia; mitä, missä ja kuinka usein? Kotona tehtävät harjoitteet, esimerkiksi liikunta-, puhe-, vuorovaikutus- ja toimintoharjoitteet	
Kelan hoitotuki	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Hakemus jätetty <input type="checkbox"/> Saa,	euroa/kk
Hoitoon ja kuntoutukseen kuljettaminen	Kuljettaako huoltaja lasta kuntoutukseen tai hoitoon <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä Kuinka usein? Aiheuttaako kuljettaminen työaikajärjestelyjä tai työstä poissaoloja? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	
Lapsen päivähoito	a) Kuka hoitaa lasta päivisin?	
	b) Missä lasta hoidetaan? <input type="checkbox"/> Kotona <input type="checkbox"/> Muualla; missä?	
	c) Perustuuko lapsen päivähoitojärjestely lääkärinlausuntoon? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	
	d) Onko jompikumpi vanhemmista joutunut jättämään ansiotyön lapsen sairauden vuoksi?	
Koulun käynti	a) Mitä koulua lapsi on käynyt tai käy ja millä luokalla hän on?	
		Poissaolojen määrä lukukaudessa
	b) Saako lapsi sairauden vuoksi tuki- ja erityisopetusta tms.? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä; mitä? Kuinka usein?	
	c) Onko lapsella koulussa avustaja? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, missä asioissa avustaja avustaa lasta?	
	d) Onko lasta autettava kotitehtävissä tavanomaista enemmän sairauden takia? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	
Lapsen hoitovastuu	Lapsen pääasiallinen hoitovastuu, missä? (OYS, LKS, perusterveydenhuolto, Kolpene) Hoitava lääkäri:	
Omaishoitajaa koskevat tiedot Henkilötiedot	Hoitajan nimi	Henkilötunnus
	Arvo tai ammatti	Puhelin
	Osoite ja postinumero	

