



# OMAISHOIDON TUEN HAKEMUS OULUNKAAREN KUNTAYHTYMÄ

Hakemuksen käsittelijä täyttää: Saapunut: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

Alla olevalla lomakkeella voit hakea omaishoidon tukea. Hakemuksen saavuttua työntekijä ottaa sinuun yhteyttä. Omaishoidontuen tarve arvioidaan aina kotikäynnillä. Hakemuksen liitteenä vaaditaan myös lääkärintodistus omaishoidon tarpeesta. Lääkärintodistus voidaan toimittaa kotikäynnin yhteydessä. Palautusosoitteet ja yhteystiedot viimeisellä sivulla.

Hakijan (hoidettavan) tiedot	Nimi	
	Henkilötunnus	Puhelinnumero
	Osoite	
	Postinumero	Postitoimipaikka
Hoitajan tiedot	Nimi	
	Henkilötunnus	Puhelin
	Osoite	
	Postinumero	Postitoimipaikka
	Ammatti/Työpaikka	Puhelin työhön
	<b>Ansiotyön laatu</b> <input type="checkbox"/> kokopäivätyö <input type="checkbox"/> osapäivätyö <input type="checkbox"/> vuorotyö <input type="checkbox"/> työtön <input type="checkbox"/> eläkeläinen	
<b>Onko hoitaja jäänyt pois työstä hoitamaan hoidettavaa?</b> <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei		
<b>Sukulaisuussuhde hoidettavaan</b> <input type="checkbox"/> Ei sukulainen <input type="checkbox"/> Sukulainen, mikä		
Muut palvelut ja tukitoimet	<b>KELA:n hoitotuki</b> <input type="checkbox"/> alin hoitotuki <input type="checkbox"/> korotettu hoitotuki <input type="checkbox"/> erityishoitotuki <input type="checkbox"/> ei hoitotukea	
	Muu tuki (esim. vakuutusyhtiöt)	
	Kotihoito ja kotisairaanhoido <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, kuinka usein	



OMAISHOIDON TUEN HAKEMUS  
OULUNKAAREN KUNTAYHTYMÄ  
Ii, Pudasjärvi, Simo, Utajärvi, Vaala

Hoidon ja  
avun tarve  
päivittäisissä  
toiminnoissa

**Hakija tarvitsee apua päivittäin seuraavissa toiminnoissa:**

- WC-käynneissä                       peseytymisessä                       lääkkeiden otossa  
 pukeutumisessa                       syömisessä                       hakija täysin autettava  
 liikkumisessa, millaista (tarvitseeko avustajaa, apuvälinettä, valvontaa/ohjausta, sisällä/ulkona, asioidessa)?

**Avun tarve yöllä**

- ei                       kyllä, millaista ja montako kertaa?

**Kuinka kauan hoidettava selviytyy yksin kotona?**                      tuntia päivässä

**Kykeneekö hoidettava käyttämään puhelinta?**

- kyllä                       ei

**Kuvaile toimintakyvyn alentumista (esim. muistamaton, aloitekyvytön, harhaileva, levoton, karkaileva)**

**Henkinen toimintakyky alentunut; syy**

- vanhuus                       sairaus  
 muu, mikä

**Ilman valvontaa hoidettava aiheuttaa vahinkoa**

- itselleen                       toisille                       aineellista

**Muut rajoittavat tekijät (esim. kuulo, näkö, kommunikointi):**

**Lisätietoja:**





OMAISHOIDON TUEN HAKEMUS  
OULUNKAAREN KUNTAYHTYMÄ  
Ii, Pudasjärvi, Simo, Utajärvi, Vaala

**Palautusosoitteet alle 65-vuotiaille omaishoidettaville:**

**Ii**

Oulunkaaren kuntayhtymä, Iin perhe- ja sosiaalipalvelupiste/vammaispalvelut  
Asematie 165D  
91101 Ii

**Pudasjärvi**

Oulunkaaren kuntayhtymä, Pudasjärven perhepalvelut/vammaispalvelut  
PL 10 (Varsitie 7)  
93101 Pudasjärvi

**Simo**

Oulunkaaren kuntayhtymä, Simon perhe- ja sosiaalipalvelupiste/vammaispalvelut  
Jenssintie 2  
95200 Simo

**Utajärvi**

Oulunkaaren kuntayhtymä, Utajärven perhepalvelut/vammaispalvelut  
Asematie 10,  
91600 Utajärvi

**Vaala**

Oulunkaaren kuntayhtymä, Vaalan perhepalvelut/vammaispalvelut  
Vaalantie 14  
91700 Vaala

**Lisätietoja hakemisesta: perhepalveluiden seudullinen palveluohjaus puh. 08 8575 5010.**

**65 vuotta täyttäneiden henkilöiden omaishoidon tuen hakemukset palautetaan oman kunnan vanhuspalveluihin.**

**Omaishoidon sähköinen hakemus osoitteessa [www.oulunkaarenomahoito.com](http://www.oulunkaarenomahoito.com)**