

OMAISHOIDON TUEN HAKEMINEN

Wiitaunionissa (Viitasaaren kaupunki, Pihtiputaan kunta) omaishoidon tukea haetaan oheisella lomakkeella.

Hakijaa pyydetään vastaamaan kaikkiin kysymyksiin huolella. Tarvittaessa pyydämme liitteeksi lääkärin lausunnon (C-todistus) tai vastaavan, josta ilmenee hoidettavan terveydentila.

Omaishoidon tukipäätös edellyttää kotikäyntiä, jossa tavataan hoitaja ja hoidettava. Omaishoitajan terveyden ja toimintakyvyn tulee vastata omaishoidon asettamia vaatimuksia. Omaishoidon tuen hakemuksen käsittelyaika on enintään 3 kuukautta. Mikäli tuki myönnetään, sen maksaminen aloitetaan hakemista seuraavan kuukauden alusta.

Omaishoidon tuki saattaa vaikuttaa eläkkeellä olevan hoitajan eläkkeeseen. Jos olet eläkkeellä, varmista työeläkettä maksavalta eläkelaitokselta tai Kansaneläkelaitokselta, voitko ansaita omaishoidon tukipalkkion eläkkeen lisäksi. Koska omaishoidon tuki on veronalaista tuloa, tarkista palkkion vaikutus ennakonpidätysprosenttiisi Verotoimistosta.

Omaishoidon tuki vaikuttaa myös työttömyysturvaan. Varmista TE-toimistosta, miten omaishoidon tuki vaikuttaa työttömyysturvaasi.

Hakemuksia saa sosiaalitoimen ja terveyskeskuksen neuvonnasta sekä kotihoidosta ja kuntien internet-sivuilta. Hakemukset palautetaan oman kunnan asiakasohjaajalle.

Tiedustelut

Kanslisti
Keskitie 10
44500 Viitasaari
044 733 5666

Asiakasohjaaja
Keskitie 10
44500 Viitasaari
050 310 8037

Asiakasohjaaja
Kisatie 1
44800 Pihtipudas
044 709 1829

OMASHOIDON TUKIHAKEMUS

Hakemus saapunut _____ . _____ . 20_____

Hakee

hoitopalkkiota

hoitopalkkion korotusta

HAKIJAN HENKILÖTIEDOT (HOIDETTAVA)	Nimi _____ Henkilötunnus _____ Lähiosoite _____ Postinumero ja -toimipaikka _____ Puhelin _____
HOITAJAN HENKILÖTIEDOT	Nimi _____ Henkilötunnus _____ Lähiosoite _____ Postinumero ja -toimipaikka _____ Puhelin/koti _____ Puhelin/työ _____ Hoitaja on sukulainen <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä mikä _____ Hoitaja on <input type="checkbox"/> kokopäivätyössä <input type="checkbox"/> osa-aikatyössä <input type="checkbox"/> ei ansiotyössä <input type="checkbox"/> eläkkeellä <input type="checkbox"/> hoitaja jäänyt pois omasta työstä hoitotyön vuoksi, alkaen
HOIDETTAVAN SAIRAUUS TAI VAMMA	
HOITAVA/OMA LÄÄKÄRI	
HOITAJAN TERVEYDENTILA	
MUUT PALVELUT JA TUET	Saako hoidettava seuraavia palveluja: Kotihoito <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, kuinka usein _____ Päivähoito <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, kuinka usein _____ Päivätoiminta <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, kuinka usein _____ Henkilökohtainen avustaja <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, tuntia/vk _____

	<p>Saako hoidettava KELAlta hoitotukea/vammaistukea/lasten erityistukea?</p> <p><input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, määrä/kk _____ <input type="checkbox"/> vireillä</p>
HAKIJAN TOIMINTAKYKY	<p>1. Näkö <input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> heikko <input type="checkbox"/> sokea <input type="checkbox"/> silmälasit</p> <p>2. Kuulo <input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> heikko <input type="checkbox"/> kuuro</p> <p>3. Puhe <input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> epäselvä <input type="checkbox"/> puheen tuottamisen häiriö <input type="checkbox"/> afasia</p> <p>4. Liike <input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> epävarma <input type="checkbox"/> kaatuilu <input type="checkbox"/> teline <input type="checkbox"/> talutettava <input type="checkbox"/> itse pyörätuoliin <input type="checkbox"/> nostettava <input type="checkbox"/> vuodepyörätuoliin</p> <p>5. Virtsa <input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> autettava WC:hen <input type="checkbox"/> kastelu <input type="checkbox"/> katetri</p> <p>6. Uloste <input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> ei tiedosta ulostamisen tarvetta <input type="checkbox"/> tuhriva <input type="checkbox"/> toimitettava</p> <p>7. Syönti <input type="checkbox"/> itse <input type="checkbox"/> autettava ohjattava <input type="checkbox"/> syötettävä <input type="checkbox"/> letku</p> <p>8. Lääke <input type="checkbox"/> itse <input type="checkbox"/> autettava <input type="checkbox"/> valvottava</p> <p>9. Pukeutuminen <input type="checkbox"/> itse <input type="checkbox"/> autettava ohjattava <input type="checkbox"/> puettava</p> <p>10. Peseytyminen <input type="checkbox"/> itse <input type="checkbox"/> autettava ohjattava <input type="checkbox"/> pestävä</p> <p>11. Nukkuminen <input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> avun tarvetta yöllä <input type="checkbox"/> öisin levoton</p> <p>12. Muisti <input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> alentunut <input type="checkbox"/> muistamaton</p> <p>13. Muistitesti <input type="checkbox"/> tehty pisteet pvm. _____</p> <p>14. Psyyke <input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> masentunut <input type="checkbox"/> aggressiivinen <input type="checkbox"/> sekava <input type="checkbox"/> häiritsevä <input type="checkbox"/> harhailu <input type="checkbox"/> kontaktikyvytön <input type="checkbox"/> muu</p> <p>Käytössä olevat apuvälineet</p>
HOITAJAN TARVE	<p><input type="checkbox"/> Päivittäin _____ kertaa/vuorokausi</p> <p><input type="checkbox"/> Päivittäin _____ tuntia/vuorokausi</p> <p><input type="checkbox"/> Päivittäin ympäri vuorokauden</p>

TIEDOT HOIDON JA HOIVAN TAR- PEESTA	Hoitajan päivittäiset tehtävät
	Avun ja valvonnan tarve yöaikana
	Toimet, joista hoidettava selviytyy itsenäisesti
	Hoitotyön apuna käytettävät palvelut
	Voiko hoidettava olla määrääjän ilman toisen henkilön apua tai valvontaa – (kuinka kauan)
LUPA TIETOJEN SAANTIIN	Suostun asian ratkaisemiseen tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta hoidettavan tiedot <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei hoitajan tiedot <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei

Päiväys _____. _____. 20_____

_____ Hakijan tai huoltajan allekirjoitus