



Tyrnävän kunta

Vanhuspalvelut

Hakemus tehostettuun palveluasumiseen tai pitkäaikaiseen laitoshoitoon

Saapunut:

Käsitelty:

Hakija

Nimi: _____

Syntymäaika: _____

Osoite: _____

Puhelinnumero: _____

Nykyinen asuminen:

Yksin: _____

Jonkun kanssa, kenen: _____

Nykyiset palvelut:

Kotihoito: _____

Käynnit/ vrk: _____

Tilapäishoito/ intervallijakso: _____

Muu apu, esim. omaisten antama

apu: _____

Ateriapalvelu: _____

Turvapuhelin: _____

Päivätoiminta: _____

Kotona selviytymistä vaikeuttavat tekijät:



Tyrnävän kunta

Vanhuspalvelut

Tarvitsetteko toisen henkilön apua öisin, minkälaista apua:

Hakijan toive hoitopaikasta:

Tehostettu palveluasuminen: _____

Pitkäaikainen laitoshoido: _____

Suostun siihen, että hakemustani käsittelevät henkilöt voivat hankkia tietojärjestelmistä tai muilta viranomaisilta minua koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemukseni käsittelyssä välttämättömiä_____.

Päiväys

Hakijan/edunvalvojan allekirjoitus

Lomake palautetaan allekirjoitettuna osoitteeseen:

Tyrnävän kunta

Lisätietoja tarvittaessa:

Terveyskeskus

Palvelupäällikkö Kristiina Orajärvi p. 040 664 6474

Palvelupäällikkö Kristiina Orajärvi Palveluohjaaja Sari Holappa p. 050 4309 233

Kirkkotie 9, 91800 Tyrnävä