



**KUST-ÖSTERBOTTENS SAMKOMMUN
FÖR SOCIAL- OCH PRIMÄRHÄLSOVÅRD**

Kaskö Korsnäs Kristinestad

Malax Närpes

Ansökan om

- Aktiverande korttidsvård / Dagverksamhet
- Boendeservice
- Hemvård/Hemservice/Hemsjukvård
- Intervallvård/Rehabilitering
- Närståendevård
- Servicebehovbedömning
- Stödtjänster
- Servicesedel

Ansökan har inkommit ____/____ 20____

Sökande

Namn _____

Personbeteckning _____

Adress _____

Tfn _____ Hemorten _____

Närmaste anhöriga/kontaktperson

Namn _____

Släktskap _____

Adress/tfn _____

Kontakt med anhöriga

Dagligen Per vecka Per månad Ingen kontakt

Besök Per telefon

Anhållan om boendeplatser/korttidsvård

Boende i

- Kaskö
- Korsnäs
- Kristinestad
- Malax
- Närpes
- Ingen skillnad

Aktivera korttidsvård vid

- Dagverksamhet
 - Demensenhet
- Kaskö
 - Korsnäs
 - Kristinestad
 - Malax
 - Närpes

Orsak till sökandet av olika serviceformer

Bakgrundsuppgifter

Sjukdomar som mest påverkar min förmåga att självständigt klara det dagliga livet

Vilken hjälp/vilka hjälpmedel behöver ni idag för dessa uppgifter?

Föflyttning _____

Påklädning _____

Tvättning _____

Wc-besök _____

Ätande _____

Skötsel av hemmet _____

Mediciner _____

Butik och bank ärenden _____

Intressebevakning _____

Minne	<input type="checkbox"/>	normalt	<input type="checkbox"/>	försämrat	<input type="checkbox"/>	minneslös	MMSE	_____	Datum	_____
Syn	<input type="checkbox"/>	normalt	<input type="checkbox"/>	försvagat	<input type="checkbox"/>	blind				
Hörsel	<input type="checkbox"/>	normalt	<input type="checkbox"/>	dåligt	<input type="checkbox"/>	döv				
Tal	<input type="checkbox"/>	normalt	<input type="checkbox"/>	otydligt	<input type="checkbox"/>	afasi				

Hjälpbehov under natten _____

Hur länge klarar ni er utan hjälp av annan person? _____

Service/hur ofta?

<input type="checkbox"/>	hemservice	_____
<input type="checkbox"/>	nattpatrull	_____
<input type="checkbox"/>	hemsjukvård	_____
<input type="checkbox"/>	korttidsvård	_____

<input type="checkbox"/>	matservice	_____
<input type="checkbox"/>	trygghetstelefon	_____
<input type="checkbox"/>	dagcenter	_____

Vårdbidrag från FPA

inget lägsta förhöjda special

Stöd för närstående

Sökande är bosatt inom annan kommun

Vilken _____

Bor på serviceboende eller anstaltsvård

Var _____

Servicekordinator utvärderar rätt vårdnivå utgående från hur krävande vårdbehovet är.
Kundens egna önskemål beaktas så långt det är möjligt.

Med hänvisning till ovanstående ansöker jag om _____

Jag samtycker till servicekordinatorn vid behov begär kompletterande uppgifter

om mitt vårdbehov från hvc, sjukhus eller annan källa

Om behovet av boendeplats konstateras, så tar jag emot platsen omedelbart när den finns tillgänglig.

Samtidigt tillåter jag social- och hälsovårdens enheter att delge varandra nödvändiga datauppgifter om min klientvård.

Ort och datum _____

Underskrift _____

Uppgifterna ges ej till utomstående

Om ansökan undertecknas av någon annan än den sökande bör orsak anges.

Varför? _____

Ansökan Returneras till

Kaskö

Kaskö stad

Grundtrygghetsbyrån
Rådhusgatan 34
64260 Kaskö

Korsnäs

Korsnäs Kommun

Johanna Björkman
Strandvägen 4323
66200 Korsnäs

Kristinestad

Vård och omsorgscentralen

Sekreterare för SAS -arbetsgruppen
PB 104 (Lapfjärdsvägen 10)
64101 Kristinestad

Malax

Malax kommun

Äldreomsorgsledare
Malmgatan 5
66100 Malax

Närpes

Vård- och omsorgsavdelningen i Närpes stad.

Soc.arb
Kyrkvägen 6
64200 Närpes

Läkarutlåtande bifogas i ansökan