|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Namn (efternamn och förnamn) | | | | | Personbeteckning |
| Adress | | | Postnummer | | Telefonnummer |
| [modersmål](https://ilmainensanakirja.fi/ruotsi-suomi/modersmål) | | Dörrsummer/kod | Födelseort | | Tidigare yrke |
| Boende  ☐ Bor ensam ☐ Bor med någon annan | | | Partnerns namn och förhållande till klienten | | |
| Anhörig eller kontaktperson (namn och adress) | | | | | Telefonnummer |
| Person att kontakta vad gäller dagverksamheten  ☐ kunden  ☐ närstående eller kontaktperson  ☐ någon annan, vem? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| ☐ Använder hemvård: ☐ offentlig ☐ privat Antal besök: \_\_\_\_\_\_/dag eller \_\_\_\_\_\_/vecka  ☐ Ingen hemvård Hemvårdens telefonnummer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| Ansöker om plats i dagverksamheten  ☐ Heldagsgrupp (6h/dag)  ☐ Halvdagsgrupp (Vasa), förmiddag (3h/dag) ☐ Halvdagsgrupp (Vasa), eftermiddag (3h/dag) | | | | | |
| Förväntningar inför dagverksamheten. Du kan kryssa i ett eller flera alternativ  ☐ Samvaro och diskussioner  ☐ Rörlig verksamhet  ☐ Hjärn-gymnastik  ☐ Hantverk  ☐ Musik  ☐ Annat, vad? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| Korttidsvård  ☐ tillfällig, önskad tid\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ regelbunden korttidsvård (intervallvård) | | | | | |
| INTRESSEN |  | | | | |
| SJUKDOMAR |  | | | | |
| PSYKISKT TILLSTÅND | Minne  ☐ bra ☐ nedsatt ☐ glömsk MMSE poäng \_\_\_ / 30  Psykiskt tillstånd  ☐ saklig ☐nedstämd ☐ ensam ☐ deprimerad  ☐ förvirrad ☐ orolig ☐ har drogproblem  ☐ annat, vad?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| RÖRELSEFÖRMÅGA | ☐ god ☐ begränsad, men rör sig utan hjälp ☐ rör sig med hjälp  ☐ rullstol ☐ rollator  ☐ annat, vad? | | | | |
| HÖRSEL, SYN OCH  TALFÖRMÅGA | ☐ god hörsel ☐ nedsatt hörsel ☐ hörapparat ☐ döv  ☐ god syn ☐ nedsatt syn ☐ blind  ☐ afasi (svårt att tala/svårt att förstå talet) | | | | |
| MÅLTIDER | ☐ äter själv ☐ behöver hjälp vid måltiderna ☐ måste matas | | | | |
| SPECIALDIET |  | | | | |
| MEDICININTAG | ☐ sköter självständigt ☐ behöver övervakas/påminnas om medicinintaget | | | | |
| WC-FUNKTIONER | ☐ behöver ingen hjälp ☐ behöver hjälp ☐ använder blöja | | | | |
| ☐ Jag ger mitt tillstånd till, att mina uppgifter får överföras inom social- och hälsovården.  ☐ Mina uppgifter får ges till de enheter inom social- och hälsovården, som deltar i min vård samt till kundregister.  (Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 22.9.2000/812; 16§ Samtycke till utlämnande av uppgifter; 17§ Utlämnande av sekretessbelagda uppgifter för tryggande av vården av och omsorg om klienten; 20§ Skyldighet att lämna sekretessbelagda uppgifter till socialvårdsmyndigheten) | | | | | |
| Personen, som hjälpt till att fylla i ansökningen, titel och telefonnummer: | | | | | |
| Plats och datum | | | | Kundens underskrift | |

**Returnera ansökningen till adressen:**

**Vasa:** Österbottens välfärdsområde, SAS-byrån, Dammbrunnsvägen 4 (Hus 2), 65100 Vasa

**Jakobstadsregionen:**Österbottens välfärdsområde, Seniorcenter, placeringskoordinatorn, Runebergsgatan 9,68600 Jakobstad

**Korsholm, Vörå, Malax:**

Österbottens välfärdsområde, SAS-Koordinator, Gamla Karperövägen 17 B, 65610 Korsholm

**Närpes, Kristinestad och Kaskö**Österbottens välfärdsområde, servicekoordinator, Vasavägen 764, Närpes