|  |  |
| --- | --- |
| Namn (efternamn och förnamn) | Personbeteckning |
| Adress | Postnummer | Telefonnummer |
| [modersmål](https://ilmainensanakirja.fi/ruotsi-suomi/modersm%C3%A5l) | 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 \_\_\_ / 30Psykiskt 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 OCHTALFÖRMÅGA | ☐ 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