



Ansökan har mottagits/Saapumispäivämäärä

Personuppgifter om vårdtagaren	Namn – Nimi	Personbeteckning – Henkilötunnus
	Hemkommun - Kotikunta	
Hoidettavan henkilötiedot	Adress – Osoite	Telefon – Puhelin
Vårdarens personuppgifter	Vårdarens namn – Hoitajan nimi	Personbeteckning – Henkilötunnus
	Adress – Osoite	Telefon hem – Puhelin kotiin
Hoitajan henkilötiedot	Vårdarens förhållande till vårdtagaren - Hoitajan suhde hoidettavaan <input type="checkbox"/> Make/maka – Puoliso <input type="checkbox"/> Barn – Lapsi <input type="checkbox"/> Förälder – Vanhempi <input type="checkbox"/> Muu läheinen, kuka – Annan närstående, vem	
	Vårdaren har förvärvsarbete – Hoitaja on ansiotyössä <input type="checkbox"/> Nej – Ei <input type="checkbox"/> Ja – Kyllä	
	Har vårdaren stannat helt och hållet hemma från arbetet för att sköta vårdtagaren? Onko hoitaja jäänyt kokonaan pois työstä hoitamaan hoidettavaa? <input type="checkbox"/> Nej – Ei <input type="checkbox"/> Ja – Kyllä	
Kort beskrivning av hälsotillståndet Lyhyt seloitus terveyden tilasta		
Samtycke till att överlåta uppgifter Suostumisen tietojen antamiseen	Vi, vårdtagare och vårdare, ger vårt samtycke till att berörda verksamheter inom social- och hälsovården får utbyta information utan hinder av sekretess. Samtycket gäller bara information som är viktig för att de samverkande verksamheterna på bästa sätt skall kunna hjälpa oss för att servicen ska fungera.	
	Me, hoidettava ja hoitaja, annamme suostumuksemme siihen että sosiaali- ja terveystuonon yksiköt voivat vaihtaa tietoja salassapitomääräyksistä huolimatta. Suostumus koskee ainoastaan sellaista tietoa, joka on olennaista hoidettavan ja hoitajan avun saamisen ja palvelujen toimivuuden kannalta. <input type="checkbox"/> Nej – Ei <input type="checkbox"/> Ja – Kyllä	
Underskrifter Allekirjoitukset	Vi försäkrar att de givna uppgifterna är riktiga. Vakuutamme antamamme tiedot oikeiksi.	
	Ort och datum – Paikka ja päivämäärä	Ort och datum – Paikka ja päivämäärä
	Vårdtagarens underskrift – Hoidettavan allekirjoitus	Vårdarens underskrift – Hoitajan allekirjoitus

Läkarutlåtande eller motsvarande intyg, högst 6 månader gammalt, skall bifogas ansökan (C-intyg, epikris eller omfattande utredning av sakkunnig).

Lääkärintlausunto tai vastaava todistus, enintään 6 kuukautta vanha, on liitettävä hakemukseen (C-todistus, epikriisi tai vastaava asiantuntijan selvitys).