



Namn (efternamn och förnamn)		Personbeteckning
Adress		Postnummer
		Telefonnummer
Modersmål	Dörrnummer/kod	Tidigare yrke
Boende <input type="checkbox"/> Bor ensam <input type="checkbox"/> Bor med någon annan		Partners namn och förhållande till klienten
Anhörig eller kontaktperson (namn och adress)		Telefonnummer
Person att kontakta vad gäller dagverksamheten <input type="checkbox"/> sökande <input type="checkbox"/> närstående eller kontaktperson <input type="checkbox"/> någon annan, vem? _____		
<input type="checkbox"/> Använder hemvård: <input type="checkbox"/> offentlig <input type="checkbox"/> privat Antal besök: ____/dag eller ____/vecka		
<input type="checkbox"/> Ingen hemvård Hemvårdens telefonnummer: _____		
Ansöker om plats i dagverksamheten. Jag bor i _____ kommun/stad		
<input type="checkbox"/> Heldagsgrupp (6h/dag)		
<input type="checkbox"/> Halvdagsgrupp, förmiddag (3h/dag) <input type="checkbox"/> Halvdagsgrupp, eftermiddag (3h/dag)		
<input type="checkbox"/> Dagverksamhet inom närståendevård		
Förväntningar inför dagverksamheten. Du kan kryssa i ett eller flera alternativ		
<input type="checkbox"/> Samvaro och diskussioner		
<input type="checkbox"/> Rörlig verksamhet		
<input type="checkbox"/> Hjärn-gymnastik		
<input type="checkbox"/> Hantverk		
<input type="checkbox"/> Musik		
<input type="checkbox"/> Annat, vad? _____		
INTRESSEN		
SJUKDOMAR		

PSYKISKT TILLSTÅND	<u>Minne</u> <input type="checkbox"/> bra <input type="checkbox"/> nedsatt <input type="checkbox"/> glömsk MMSE poäng ____ / 30 <u>Psykiskt tillstånd</u> <input type="checkbox"/> saklig <input type="checkbox"/> nedstämd <input type="checkbox"/> ensam <input type="checkbox"/> deprimerad <input type="checkbox"/> förvirrad <input type="checkbox"/> orolig <input type="checkbox"/> annat, vad? _____
RÖRELSEFÖRMÅGA	<input type="checkbox"/> god <input type="checkbox"/> begränsad, men rör sig utan hjälp <input type="checkbox"/> rör sig med hjälp <input type="checkbox"/> rullstol <input type="checkbox"/> rollator <input type="checkbox"/> annat, vad?
HÖRSEL, SYN OCH TALFÖRMÅGA	<input type="checkbox"/> god hörsel <input type="checkbox"/> nedsatt hörsel <input type="checkbox"/> hörapparat <input type="checkbox"/> döv <input type="checkbox"/> god syn <input type="checkbox"/> nedsatt syn <input type="checkbox"/> blind <input type="checkbox"/> afasi (svårt att tala/svårt att förstå talet)
MÅLTIDER	<input type="checkbox"/> äter själv <input type="checkbox"/> behöver hjälp vid måltiderna <input type="checkbox"/> måste matas
SPECIALDIET (intyg)	
MEDICININTAG	<input type="checkbox"/> sköter självständigt <input type="checkbox"/> behöver övervakas/påminnas om medicinintaget
WC-FUNKTIONER	<input type="checkbox"/> behöver ingen hjälp <input type="checkbox"/> behöver hjälp <input type="checkbox"/> använder blöja
<input type="checkbox"/> Jag ger mitt tillstånd till, att mina uppgifter får överföras inom social- och hälsovården. <input type="checkbox"/> 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	Sökandes underskrift

Returnera ansökningen till adressen:

VASA, LILLYRO, LAIHIA:

Österbottens välfärdsområde SAS-byrån, Dammbrunnsvägen 4, 65100 Vasa

JAKOBSTAD, PEDERSÖRE, LARSMO, NYKARLEBY, KRONOBY:

Österbottens välfärdsområde, Seniorcenter Jakobstad, Servicehandledning, Runebergsgatan 9, 68600 Jakobstad

KORSHOLM:

Österbottens välfärdsområde, Servicehandledningen, Gamla Karperövägen 17 B, 65610 Korsholm

MALAX, KORSNÄS:

Österbottens välfärdsområde, Servicehandledningen, Petalaxvägen 13, 66240 Petalax

NÄRPES, KRISTINESTAD, KASKÖ:

Österbottens välfärdsområde, Servicehandledning, Kyrkvägen 6, 64200 Närpes