

Hakemus saapunut (pvm.)	
Vastaanottaja	

Hakijan/ hoidettavan henkilötiedot	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite (katuosoite, postinumero ja -toimipaikka)	Puhelin
Hoitajan henkilötiedot	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite	Puhelin
	Sähköpostiosoite	Sukulaisuussuhde
Hoidettavan olosuhteet	<input type="checkbox"/> Asuu hoitajan kanssa <input type="checkbox"/> Asuu yksin <input type="checkbox"/> Asuu muun henkilön kanssa	
	Käytössä olevat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut	
Hoitoisuus	<input type="checkbox"/> Hoidettava selviytyy osan vuorokaudesta yksin, tuntia <input type="checkbox"/> Hoidettava tarvitsee jatkuvaa ympärivuorokautista hoitoa ja huolenpitoa	
	Hoidettava tarvitsee apua	
	<input type="checkbox"/> peseytymisessä <input type="checkbox"/> pukeutumisessa <input type="checkbox"/> WC-asioiden hoidossa <input type="checkbox"/> liikkumisessa <input type="checkbox"/> ruokailussa <input type="checkbox"/> lääkkeiden ottamisessa	
	Hoidettava <input type="checkbox"/> on muistamaton <input type="checkbox"/> karkailee <input type="checkbox"/> on valvottava/ohjattava <input type="checkbox"/> on koulussa, päivähoitossa, päivätoiminnassa tms. Missä ja kuinka usein?	
Hoitajaa koskevat tiedot	Hoitaja on <input type="checkbox"/> kotona <input type="checkbox"/> osa-aikatyössä <input type="checkbox"/> kokopäivätyössä	
	Omaishoitajan mahdolliset toimintakyvyn rajoitukset, jotka vaikuttavat omaishoitajana toimimiseen <input type="checkbox"/> Ei ole <input type="checkbox"/> On Millaisia?	

Lisätiedot	Esim. päivittäisen hoidon sisältö (tietoja voi myös tarvittaessa ilmoittaa erillisellä lomakkeella)	
Suostumus tietojen antamiseen	<input type="checkbox"/> Annan suostumukseni tämän hakemuksen käsittelyssä tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta (esim. muilta sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisilta). <input type="checkbox"/> En anna suostumustani	
Asiakastietojen käsittely	<input type="checkbox"/> Annan suostumukseni omaishoidon palvelua ja terveydentilaani koskevien tietojen katsomiseen ja tallentamiseen Lifecare Efficat asiakastietojärjestelmään. Rekisterinpitäjänä toimii Kymenlaakson sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymä. <input type="checkbox"/> En anna suostumustani	
Hoitajan pankkiyhteystiedot	Pankin ja konttorin nimi	Tilinumero
Päiväys ja allekirjoitus	Päiväys Hakijan tai hänen edustajansa allekirjoitus	Hakemuksen teossa avustaneen henkilön nimi ja virka-asema sekä puhelinnumero
Liitteet ja toimitusaika	Hakemuksen liitteeksi tarvitaan lääkärinlausunto tai muu sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilön lausunto hoidettavan terveydentilasta, toimintakyvystä ja hoidontarpeesta. Jos tarvittavia liitteitä ei ole toimitettu 2 kuukauden kuluessa hakemuksen saapumisesta, hakemus raukeaa ja siitä tehdään kielteinen päätös.	

Hakemuksen palautus	Kymsote Omaishoidon tuen yksikkö Savonkatu 23 45100 Kouvola	Kymsote Omaishoidon tuen yksikkö Vesivallintie 29 48600 Kotka
Lisätietoja hakemuksiin liittyen	Palvelusihteerit: Kouvolan palveluyksikkö puh. 040 483 1325, Kotkan palveluyksikkö puh. 040 688 3788	