



Kontaktuppgifter / skicka ansökan till:

PARGAS STAD
Äldreomsorg
Bettina Aaltonen
Vapparvägen 15 A, 21600 Pargas
bettina.aaltonen(et)pargas.fi
tfn 040 4885560

ANSÖKAN

SERVICEBOSTAD
EFFEKTIVERAT SERV.BOENDE
DAGVÅRD/-VERKSAMHET
ÖNSKAD ENHET _____

SÖKANDE FYLLER

Ansökan emottagen / 20__

Sökandens personuppgifter	Efternamn och förnamnen		Personbeteckning
	Titel eller yrke (f.d.)	Civilstånd <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Ogift <input type="checkbox"/> änka/änkling <input type="checkbox"/> Frånskild <input type="checkbox"/>	
	Födelseort	Hemort enligt lagen om befolkningsböcker	
	Befolkningsregister (församling / befolkningsregister)		
	Nuvarande adress	Telefonnummer	
	Make / maka	Personbeteckning	
	Närmasta anhöriga / intressebevakare, namn, adress, telefonnummer		
Nuvarande Boende	<input type="checkbox"/> Egnahemshus <input type="checkbox"/> Bor med make / närstående / bekanta, vem		
	<input type="checkbox"/> Höghus <input type="checkbox"/> Bor ensam		
	<input type="checkbox"/> Radhus <input type="checkbox"/> hissjä <input type="checkbox"/> nej		
Nuvarande Boende	<input type="checkbox"/> Centralvärme <input type="checkbox"/> WC inne		
	<input type="checkbox"/> Vedeldning <input type="checkbox"/> Dusch inne		
	<input type="checkbox"/> Vattenledning		
Nuvarande Boende	<input type="checkbox"/> Avlopp		
	<input type="checkbox"/> Varmt vatten		
	Närmare uppgifter om boendeförhållandena		
Hälsotillstånd			

SERVICEFORMER

Anhörigas eller närståendes insatser i vardagen	
Hemvård	<input type="checkbox"/> regelbunden _____ ggr/ tillfällig

Stödserviceformer	<input type="checkbox"/> matservice <input type="checkbox"/> badservice <input type="checkbox"/> klädvård	<input type="checkbox"/> transportservice <input type="checkbox"/> trygghetsservice <input type="checkbox"/> övrig _____
Övrig öppen vård	<input type="checkbox"/> dagvård / verksamhet <input type="checkbox"/> personlig assistent <input type="checkbox"/> intervallvård	<input type="checkbox"/> _____

FUNKTIONSFÖRMÅGA

Rörelseförmåga	<input type="checkbox"/> bra <input type="checkbox"/> begränsad <input type="checkbox"/> rörelsehindrad <input type="checkbox"/> använder hjälpmedel, vilka? _____
Sinnen	Syn <input type="checkbox"/> god <input type="checkbox"/> svag <input type="checkbox"/> blind Hörsel <input type="checkbox"/> god <input type="checkbox"/> svag <input type="checkbox"/> döv <input type="checkbox"/> använder hörapparat
Psykiskt tillstånd	<input type="checkbox"/> saklig, lugn <input type="checkbox"/> minnesstörningar <input type="checkbox"/> virrig, orolig <input type="checkbox"/> övrig _____

BEHOV AV VÅRD

Dagliga funktioner	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align:center;">självständigt</td> <td style="text-align:center;">behöver lite hjälp</td> <td style="text-align:center;">behöver hjälp</td> </tr> <tr> <td>Ätande</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Påklädning</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tvättning</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Toalettbesök</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Håller urin och avföring</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/> normalt</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/> tidvis bristfälligt</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/> bristfälligt</td> </tr> </table>		självständigt	behöver lite hjälp	behöver hjälp	Ätande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Påklädning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tvättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toalettbesök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Håller urin och avföring	<input type="checkbox"/> normalt	<input type="checkbox"/> tidvis bristfälligt	<input type="checkbox"/> bristfälligt
	självständigt	behöver lite hjälp	behöver hjälp																						
Ätande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Påklädning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Tvättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Toalettbesök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Håller urin och avföring	<input type="checkbox"/> normalt	<input type="checkbox"/> tidvis bristfälligt	<input type="checkbox"/> bristfälligt																						
	Övrig information Orsak till behov av serviceboende																								
	Beslutet delges till: Namn: Näradress: Postnummer- och anstalt: Tfn.nummer:																								

Tillåtelse att uppge data	Vi tillåter social- och hälsovårdens myndigheter att uppge varandra nödiga data om klientförhållandet. <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
----------------------------------	--

Datum och underskrift av sökande eller intressebevakare	_____ 20 _____
--	----------------