



**KUST-ÖSTERBOTTENS SAMKOMMUN  
FÖR SOCIAL- OCH PRIMÄRHÄLSOVÅRD**

Kaskö  Korsnäs  Kristinestad

Malax  Närpes

**Ansökan om**

- Aktiverande korttidsvård / Dagverksamhet
- Boendeservice
- Hemservice
- Intervallvård/Rehabilitering
- Närståendevård
- Servicebehovbedömning
- Stödtjänster
- Servicesedel

Ansökan har inkommit \_\_\_\_/\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

**Sökande**

Namn \_\_\_\_\_

Personbeteckning \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

Tfn \_\_\_\_\_ Hemorten \_\_\_\_\_

**Närmaste anhöriga/kontaktperson**

Namn \_\_\_\_\_

Släktskap \_\_\_\_\_

Adress/tfn \_\_\_\_\_

**Kontakt med anhöriga**

Dagligen  Per vecka  Per månad  Ingen kontakt

Besök  Per telefon

**Anhållan om boendeplatser/korttidsvård**

**Boende i**

- Kaskö
- Korsnäs
- Kristinestad
- Malax
- Närpes
- Ingen skillnad

**Aktivera korttidsvård vid**

- Dagverksamhet
  - Demensenhet
- Kaskö
  - Korsnäs
  - Kristinestad
  - Malax
  - Närpes

**Orsak till sökandet av olika serviceformer**


## Bakgrundsuppgifter

Sjukdomar som mest påverkar min förmåga att självständigt klara det dagliga livet

Vilken hjälp/vilka hjälpmedel behöver ni idag för dessa uppgifter?

Föflyttning \_\_\_\_\_

Påklädning \_\_\_\_\_

Tvättning \_\_\_\_\_

Wc-besök \_\_\_\_\_

Ätande \_\_\_\_\_

Skötsel av hemmet \_\_\_\_\_

Mediciner \_\_\_\_\_

Butik och bank ärenden \_\_\_\_\_

Intressebevakning \_\_\_\_\_

Minne	<input type="checkbox"/>	normalt	<input type="checkbox"/>	försämrat	<input type="checkbox"/>	minneslös	MMSE	_____	Datum	_____
Syn	<input type="checkbox"/>	normalt	<input type="checkbox"/>	försvagat	<input type="checkbox"/>	blind				
Hörsel	<input type="checkbox"/>	normalt	<input type="checkbox"/>	dåligt	<input type="checkbox"/>	döv				
Tal	<input type="checkbox"/>	normalt	<input type="checkbox"/>	otydligt	<input type="checkbox"/>	afasi				

Hjälpbehov under natten \_\_\_\_\_

Hur länge klarar ni er utan hjälp av annan person? \_\_\_\_\_

Service/hur ofta?

<input type="checkbox"/>	hemservice	_____
<input type="checkbox"/>	nattpatrull	_____
<input type="checkbox"/>	hemsjukvård	_____
<input type="checkbox"/>	korttidsvård	_____

<input type="checkbox"/>	matservice	_____
<input type="checkbox"/>	trygghetstelefon	_____
<input type="checkbox"/>	dagcenter	_____

Vårdbidrag från FPA

inget    lägsta    förhöjda    special

Stöd för närstående

\_\_\_\_\_

Sökande är bosatt inom annan kommun

Vilken \_\_\_\_\_

Bor på serviceboende eller anstaltsvård

Var \_\_\_\_\_

Servicekordinator utvärderar rätt vårdnivå utgående från hur krävande vårdbehovet är.  
Kundens egna önskemål beaktas så långt det är möjligt.

**Med hänvisning till ovanstående ansöker jag om** \_\_\_\_\_

Jag samtycker till servicekordinatorn vid behov begär kompletterande uppgifter  
om mitt vårdbehov från hvc, sjukhus eller annan källa

**Om behovet av boendeplats konstateras, så tar jag emot platsen omedelbart när den finns tillgänglig.**

Ort och datum \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_

Uppgifterna ges ej till utomstående

Om ansökan undertecknas av någon annan än den sökande bör orsak anges.

Varför? \_\_\_\_\_

#### Ansökan Returneras till

<b>Kaskö</b>	<b>Kaskö stad</b> Grundtrygghetsbyrån Rådhusgatan 34 64260 Kaskö
<b>Korsnäs</b>	<b>Korsnäs Kommun</b> Johanna Björkman Strandvägen 4323 66200 Korsnäs
<b>Kristinestad</b>	<b>Vård och omsorgscentralen</b> servicekoordinator Lappfjärdsv. 10 64100 Kristinestad
<b>Malax</b>	<b>Malax kommun</b> Äldreomsorgsledare Malmgatan 5 66100 Malax
<b>Närpes</b>	<b>Vård- och omsorgsavdelningen i Närpes stad.</b> Soc.arb Kyrkvägen 6 64200 Närpes

Läkarutlåtande bifogas i ansökan