Varsinais-Suomen hyvinvointialue
Egentliga Finlands välfärdsområde

Varsinais-Suomen hyvinvointialue
Sosiaali- ja vammaispalvelut
Vammaispalvelut

Tyhjennä lomake

Saapunut: _____

Hakemus omaishoidon tuesta alle 18-vuotiaille

Hakemuksella haetaan omaishoidon tuen palvelua alle 18-vuotiaille.

Omaishoidon tuki on kokonaisuus, joka muodostuu hoidettavalle annettavista tarvittavista palveluista sekä omaishoitajalle annettavasta hoitopalkkiosta, vapaasta ja omaishoitoa tukevista palveluista. (Laki omaishoidon tuesta 937/2005).

(Tähdellä * merkityt kentät ovat pakollisia.)

Hakemuksella haetaan: ☐ Omaishoidon tuen hoitopalkkiota ☐ Omaishoidon tuen palkkion korotusta

1. Hoidettavan tiedot

Henkilötunnus: * _____ Sukunimi ja etunimet: * _____

Katuosoite: * _____ Postinumero ja -toimipaikka: * _____

1.1. Hoidettavan terveystiedot

Diagnoosit / muut vammat ja sairaudet:

1.2. Hoidettavan muut etuudet ja palvelut

Eläkettä saavan hoitotuki / Nuoren kuntoutusraha: ○ Kyllä _____ €/kk ○ Ei ○ on hakenut

Vammaistuki: ○ Kyllä _____ €/kk ○ Ei ○ on hakenut

☐ Muut palvelut, mitkä?

2. Omaishoitajan tai omaishoitajaksi hakevan henkilön tiedot

Henkilötunnus: * _____ Sukunimi ja etunimet: * _____

Katuosoite: * _____ Postinumero ja -toimipaikka: * _____

Sähköpostiosoite: _____ Puhelinnumero: * _____

Asiointikieli: * _____ Kansalaisuus: _____

Hoitaja on: * ◯ Äiti ◯ Isä ◯ Muu henkilö

Omaishoitajan tai omaishoitajaksi hakevan henkilön pankkiyhteys ja tilinumero:

Mahdolliset lisätiedot omaishoitajuuteen liittyen:

3. Huoltajan tai muun yhteyshenkilön tiedot (muu henkilö kuin omaishoitajaksi hakeva)

Henkilötunnus:

Sukunimi ja etunimet:

Katuosoite:

Postinumero ja -toimipaikka:

Sähköpostiosoite:

Puhelinnumero:

Asiointikieli:

Kansalaisuus:

Huoltaja tai muu yhteyshenkilö on: ◯ Äiti ◯ Isä ◯ Muu henkilö

3.1. Lisätietojen antajan tiedot (mikäli joku toinen henkilö on avustanut hakemuksen täyttämisessä.)
Hakemuksen täyttämisessä on avustanut:

Sukunimi ja etunimet:

Puhelinnumero:

4. Päiväys ja allekirjoitus

Päiväys:

Omaishoitajan tai omaishoitajaksi hakevan henkilön allekirjoitus ja nimenselvennys:

Päiväys:

Huoltajan tai muun yhteyshenkilön allekirjoitus ja nimenselvennys:

☐ Hyväksyn henkilötietojeni käsittelyn antamieni tietojen mukaisesti ja olen tietoinen niiden tallentamisesta Varsinais-Suomen hyvinvointialueen asiakastietojärjestelmään.

☐ Haluan, että puolestani ilmoitetaan toiselle huoltajalle hakemuksen vastaanottamisesta.

Tiedonsaantioikeus

☐ Suostun omaishoidettavan asian käsittelyssä tarpeellisten tietojen antamiseen ja hankintaan tarvittaessa muilta sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisilta ja palvelunantajilta palvelun tarpeen selvittämiseen, järjestämiseen ja toteuttamiseen liittyvissä asiayhteyksissä.

Suostumus on voimassa toistaiseksi. Sinulla on oikeus peruuttaa antamanne suostumus ilmoittamalla asiasta omaishoidon tuen palveluun. Ilman suostumustakin sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 20 §:n 1 momentin perusteella sosiaalihuollon yksiköllä on oikeus saada välttämättömät asiakassuhteeseen olennaisesti vaikuttavat tiedot ja selvitykset muilta viranomaisilta ja yhteisöltä, kuten Kelasta ja sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisilta.

5. Hakemuksen liitteet

Hakemuksen liitteenä tulee olla:

- Voimassa oleva kuntoutussuunnitelma, josta selviää omaishoidettavan toimintakyky tai enintään 6 kuukautta vanha julkisen terveydenhuollon lääkärinlausunto.
- Liitteet voivat olla kopioita. Hakemuksen liitteet tulee toimittaa 3 kuukauden tai muun erikseen määritellyn ajan puitteissa, jotta asiasta voidaan tehdä päätös. Hakemusta ei voida ottaa käsittelyyn ilman tarvittavia liitteitä.

6. Hakemuksen palautus

Hakemus palautetaan oman asuinkuntasi vammaispalvelujen toimipisteeseen. Lomakkeen voi palauttaa myös postitse. Vammaispalvelujen osoitetiedot löytyvät Varsinais-Suomen hyvinvointialueen verkkopalvelusta.