



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

Kaskö  Korsnäs  Kristinestad

Malax  Närpes

**Ansökan om**

- Aktiverande korttidsvård / Dagverksamhet
- Boendeservice
- Hemvård/Hemservice/Hemsjukvård
- 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.

Samtidigt tillåter jag social- och hälsovårdens enheter att delge varandra nödvändiga datauppgifter om min klientvård.

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**

**Kaskö**

**Kaskö stad**

Grundtrygghetsbyrån  
Rådhusgatan 34  
64260 Kaskö

**Korsnäs**

**Korsnäs Kommun**

Johanna Björkman  
Strandvägen 4323  
66200 Korsnäs

**Kristinestad**

**Vård och omsorgscentralen**

Sekreterare för SAS -arbetsgruppen  
PB 104 (Lapfjärdsvägen 10)  
64101 Kristinestad

**Malax**

**Malax kommun**

Äldreomsorgsledare  
Malmgatan 5  
66100 Malax

**Närpes**

**Vård- och omsorgsavdelningen i Närpes stad.**

Soc.arb  
Kyrkvägen 6  
64200 Närpes

Läkarutlåtande bifogas i ansökan