

HAKIJAN PERUSTIEDOT	Nimi _____	Henkilötunnus _____
	Osoite _____	
	Puhelin _____	Sähköposti _____
	Hoidatteko asioitanne itsenäisesti <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
	Lähiomaisen/asioidenhoitajan tiedot	
	Nimi _____	
	Osoite _____	
PALVELUN- TARVE	Puh.nro _____	
	Onko Teille määrätty edunvalvoja <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
	Edunvalvojan nimi _____	
	Puh _____	
Asiakkaan/läheisen näkemys palvelujen tarpeesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Tarvittaessa jatka erilliselle paperille tai asiakirjan kääntöpuolelle.		

PALVELU- ASUMISEN SETELIN MYÖNTÄMISEN PERUSTEET	Asiakkaan palvelutarve selvitetään palveluohjaajan tekemän kotikäynnin yhteydessä kartoittamalla <ul style="list-style-type: none"> <li>• terveydentila</li> <li>• toimintakyky</li> <li>• hoidontarve</li> <li>• palveluiden tarpeet</li> </ul>	
PALVELU- ASUMISEN SETELIN ARVO	Palveluasumisen setelin arvo on tulosidonnainen. Hakemuksen liitteeksi pyydämme toimittamaan seuraavat asiakirjat: <ul style="list-style-type: none"> <li>• eläkkeet</li> <li>• henkilökohtaiset tulot sekä pääomasta ja muusta omaisuudesta saatava korko-osinko- ja vuokratulo (kulut vähennettyinä)</li> <li>• KELA:n etuudet (eläkettä saavan hoitotuki, veteraanilisä)</li> <li>• verotuspäätös viimeksi valmistuneesta verotuksesta ja erittelyosa</li> <li>• selvitys ennakkopidätysperusteista / kuluvalta vuodelta</li> </ul>	
PÄIVÄYS JA ALLEKIRJOITUS	<p>Annan suostumukseni sosiaali- ja terveydenhuollon potilas- ja asiakastietojen käyttöön siltä osin salassapitovelvollisuuden estämättä, kun se on välttämätöntä palvelutarpeen arviointini tekemiseksi, hakemukseni käsittelemiseksi ja päätöksen tekemiseksi tässä asiassa. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 20 §:n 1 mom.)</p> <p>Valtuutan yllämainitun asioiden hoitajan/edunvalvojan saamaan tähän hakemukseen ja sen käsittelyyn liittyviä tietoja.</p> <p>Annan suostumukseni siihen, että hakemuksessa olevat tietoni ja jatkohoidon kannalta olennaiset asiakas- ja potilastiedot luovutetaan palveluasumisyksikköön, johon saan palveluasumispaikan.</p>	
	Päiväys	Asiakkaan allekirjoitus

**Hakemus osoitetaan:**

**Kirjaamo/Palveluasumisen palvelusetelihakemus**  
**Itä-Savon sairaanhoitopiiri**  
**PL 111**  
**57101 Savonlinna**

**Lisätietoja: 044 417 3835**