SIIKALATVA
- Suomen keskipiste -

ASUMISPALVELUHAKEMUS

Hakemus vastaanotettu _____/_____ 20____

☐ Palveluasuminen ☐ Tehostettu palveluasuminen

Hakija täyttää

Hakijan henkilötiedot	Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
	Osoite	Puhelinnumero
	Kotikunta	Siviilisääty
	Puolison nimi ja puhelinnumero	Puolison henkilötunnus
	Muut lähiomaiset / edunvalvoja / asiainhoitaja, nimi, puhelinnumero	
Nykyinen asuminen	Lisätietoja asumisesta, esim. lähiomaisten vuorovaikutussuhteet, selvitys vammaisvarustelusta, palvelujen etäisyys yms.	

Siikalatvan kunta/ sosiaalitoimi
Savonojantie 2
92600 Pulkkila
p. 044 5118 333

SIIKALATVA
- Suomen keskipiste -

Ulkopuolelta saatu apu	☐ Omainen, kuka ☐ Naapuri ☐ Kotihoito ☐ Palkattu hoitaja Lisätietoja:
Nykyiset avohuollon palvelut	Kotihoito ☐ Käyntejä / Viikko _____ ☐ Käyntejä / päivä _____ ☐ Satunnaisesti _____ Tukipalvelut: ☐ Ateriapalvelu _____ ☐ Kylvetyspalvelu _____ ☐ Muu _____
Perustelut hoitopaikan hakemiselle (esim. liikuntakyky, muistamattomuus, asuntoolosuhteet, ym.)	
Hakijan tai hänen edustajansa allekirjoitus	aika ja paikka Allekirjoitus ja nimen selvennys

Siikalatvan kunta/ sosiaalitoimi
Savonojantie 2
92600 Pulkkila
p. 044 5118 333