

## HAKEMUS VUOROHOITOON

<b>HENKILÖTIEDOT</b>	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite	Puhelinnumero
		Asuuko yksin <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei

<b>PÄÄSYY HAKEMISELLE</b>	<input type="checkbox"/> omaisen levon tai loman tarve <input type="checkbox"/> välivaihe sairaalasta kotiin <input type="checkbox"/> asumiseen liittyvät järjestelyt	<input type="checkbox"/> virkistys <input type="checkbox"/> kuntoutuminen <input type="checkbox"/> muu syy, mikä?
---------------------------	---	---

<b>TOIVOTTU AIKA</b>	_____
----------------------	-------

<b>ASIAKASMAKSUT</b>	<input type="checkbox"/> Vuorohoitomaksu 30,50 €/vrk <input type="checkbox"/> Omaishoitajan lakisääteisen vapaan aikana 11,50 €/vrk
----------------------	--

<b>LISÄTIETOJA</b>	<input type="checkbox"/> Lähiomainen <input type="checkbox"/> Laskutusosoite, ellei sama _____ _____
--------------------	--

<b>ALLE-KIRJOITUS</b>	Tietojani saa luovuttaa yhteistyötahoille Paikka ja aika _____ Hakijan allekirjoitus _____ _____ / ____ 20 ____
-----------------------	---

**Hakemus toimitetaan:**  
 Ppky Selänne, Haapajärven terveyskeskus  
 Palveluohjaaja Leena Sikala  
 Männistönkatu 6  
 85800 HAAPAJÄRVI

Saapumispäivä \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

Rava tar \_\_\_/4.02

Hoitotuki \_\_\_/3