

HAKEMUS VUOROHOITON

HENKILÖTIEDOT	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite	Puhelinnumero
		Asuuko yksin <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
PÄÄSYY HAKEMISELLE	<input type="checkbox"/> omaisen levon tai loman tarve <input type="checkbox"/> välivaihe sairaalasta <input type="checkbox"/> asumiseen liittyvät järjestelyt	<input type="checkbox"/> virkistys <input type="checkbox"/> kotiin kuntoutuminen <input type="checkbox"/> muu syy, mikä?
TOIVOTTU AIKA	_____	
ASIAKASMAKSUT	<input type="checkbox"/> Vuorohoitomaksu 34,00 €/vrk <input type="checkbox"/> Omaishoitajan lakisääteisen vapaan aikana 11,40 €/vrk	
LISÄTIETOJA	<input type="checkbox"/> Lähiomainen <input type="checkbox"/> Laskutusosoite, ellei sama _____ _____	
ALLE-KIRJOITUS	Tietojani saa luovuttaa yhteistyötahoille Paikka ja aika _____ / ____ 20	Hakijan allekirjoitus _____

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

Saapumispäivä ___/___20__

Ravantar ___/4.02

Hoitotuki ___/3