

## HAKEMUS IKÄIHMISTEN PÄIVÄTOIMINTAAN

### TIETOA PÄIVÄTOIMINNASTA

Päivätoiminta on vanhuksille tarkoitettu määräaikainen tukipalvelu, jolla tuetaan vanhuksen omatoimisuutta ja estetään toimintakyvyn vajeesta johtuvaa syrjäytymistä. Päivätoiminnan tarkoituksena on tukea ja vahvistaa vanhuksen fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia voimavaroja.

Päivätoimintaa myönnetään, kun asiakkaan kotona selviytymistä voidaan tukea päivätoiminnan avulla tilanteissa, joissa kunnan muuta vanhuksille suunnattua virkistystoimintaa ei ole saatavilla. Päivätoiminnan edellytyksenä on tällöin, että asiakas ei itsenäisesti pysty ylläpitämään riittäviä sosiaalisia suhteita ja/tai hyötyy joko psyykkisesti, fyysisesti ja/tai sosiaalisesti päivätoiminnasta ja/tai omaishoitajan jaksamista voidaan palvelun avulla tukea.

Päivätoimintaa ei myönnetä, kun asiakas kykenee itsenäisesti tai avustettuna (esim. omaisten tai vapaaehtoistoiminnan avulla) osallistumaan muiden tahojen järjestämään toimintaan ja/tai ylläpitämään sosiaalisia suhteita ja/tai harrastamaan liikuntaa ja kuntoilua.

Päivätoimintaan hakemisen on oltava asiakkaan oman tahdon mukaista.

Päätös päivätoiminnasta perustuu asiakkaan palvelutarpeen selvitykseen ja palvelun myöntämiskriteereihin.

**Tietoja kotona asumisen tukimuodoista on saatavilla Asiakasohjaus Siirin neuvonnasta, Aleksanterinkatu 18, 2. kerros (Lahden palvelutori), 15140 Lahti, avoinna ma-ti, to-pe klo 9 – 15 ja ke 9-16  
puh. 044 482 5050**

**HAKEMUS IKÄIHMISTEN PÄIVÄTOIMINTAAN**

Hakijan henkilötiedot	Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
	Katuosoite	Postinumero- ja toimipaikka
	Puhelinnumero	Ammatti (ent.)
	Väestökirjalain mukainen kotipaikka	
	Lähiomaiset / edunvalvoja / asiainhoitaja; nimi, osoite ja puhelinnumero	
Hakemisen syy	Pääasiallinen syy hakea päivätoimintaan	
Hakijan toimintakyky	Liikkuminen sisällä: <input type="checkbox"/> Itsenäinen <input type="checkbox"/> Avun tarve <input type="checkbox"/> Vuodepotilas Käytössä olevat liikkumisen apuvälineet: <input type="checkbox"/> Rollaattori <input type="checkbox"/> Pyörätuoli Muisti: <input type="checkbox"/> Normaali <input type="checkbox"/> Heikentynyt <input type="checkbox"/> Vaikea muistihäiriö	
Hakijan käytössä olevat kotona asumista tukevat palvelut	<input type="checkbox"/> Kotihoito _____ kertaa/viikko, palveluntuottaja _____ <input type="checkbox"/> Kuljetuspalvelu _____ <input type="checkbox"/> Hakijaa arjessa auttavien omaisten / läheisten apu (sekä nimi ja puhelinnumero) _____	
<b>Keneen hakemuksen vastaanottaja ottaa yhteyttä hakemuksen käsittelyyn liittyvissä asioissa?</b> <input type="checkbox"/> Hakijaan <input type="checkbox"/> Muu yhteyshenkilö, nimi: _____ puh. _____		
Päiväys ja allekirjoitus	Hakemus lähetetään: Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä Ikääntyneiden palvelut ja kuntoutus Asiakasohjaus Siiri Vesijärvenkatu 9 D 15140 Lahti	