

## YLI 65-VUOTIAIDEN OMAISHOIDON TUEN HAKEMUS

### TIETOA YLI 65-VUOTIAIDEN OMAISHOIDON TUESTA

Omaishoidon tuella tarkoitetaan kokonaisuutta, johon kuuluvat hoidettavalle annettavat palvelut (omaishoitajan antama hoiva ja muut tarpeelliset kotiin järjestettävät palvelut), omaishoitajalle annettava hoitopalkkio ja vapaapäivien järjestelyt. Omaishoidon tuki on määrärahasidonnaista palvelua.

Omaishoidon tuki on tarkoitettu tilanteisiin, joissa hoidettava tarvitsee runsasta päivittäistä hoivaa tai jatkuvaa valvontaa ja ohjausta päivittäisissä henkilökohtaisissa toimissa. Hoidon tarve on niin sitova, että periaatteessa omaishoidon tuki korvaa ympärivuorokautista palveluasumista. Omaishoitajan terveyden ja toimintakyvyn on vastattava hoidon asettamia vaatimuksia ja hoitajan tulee asua samassa taloudessa hoidettavan kanssa. Omaishoidon tuen hakemisen on oltava hoidettavan ja hoitajan tahdon mukaista.

Omaishoidon tuen päätökset perustuvat hoidettavan palvelutarpeen selvitykseen, hoidettavan ja hoitajan kokonaistilanteen selvitykseen sekä etuuden myöntämisen perusteisiin. Omaishoidon tuen on oltava hoidettavan edun mukaista.

### OMAISHOIDON TUEN MAKSULUOKAT vuonna 2023

Omaishoidon tuen hoitopalkkio määräytyy hoidon sitovuuden ja käytössä olevien palveluiden perusteella. Omaishoidon tuessa on kolme maksuluokkaa:

1. luokka 439,70 €
2. luokka 879,41 €
3. erityismaksuluokka 1319,00 €.

### Tietoja omaishoidon tuesta ja muista kotona asumisen tukimuodoista on saatavilla Ikääntyneiden palveluneuvonnasta:

puh. 044 482 5050  
ikaantyneidenpalveluneuvonta.fi

Lahdessa:  
Aleksanterinkatu 18, 2. kerros (Lahden Palvelutori)  
avoinna ma – ti, to – pe klo 9–15, ke 9–16

Heinolassa:  
Torikatu 13 G-ovi 1. kerros  
avoinna ma – ti, to – pe klo 9–13, ke 9–14

#### Omaishoidon tuen hakemus lähetetään:

Päijät-Hämeen hyvinvointialue  
Ikääntyneiden asiakasohjaus/omaishoito  
PL 130  
15101 Lahti

**YLI 65-VUOTIAIDEN OMAISHOIDON TUEN  
HAKEMUS**

Hoidettavan henkilötiedot	Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus	
	Katuosoite	Postinumero- ja toimipaikka	
	Puhelinnumero	Väestökirjalain mukainen kotipaikka	
	<input type="checkbox"/> Asuu yksin <input type="checkbox"/> Asuu toisen kanssa, kenen? _____		
	Siviilisääty <input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> Naimisissa <input type="checkbox"/> Leski <input type="checkbox"/> Eronnut <input type="checkbox"/> Avoliitossa		
Hoitajan henkilötiedot	Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus	
	Katuosoite	Postinumero- ja toimipaikka	
	Puhelinnumero Työ/koti	Väestökirjalain mukainen kotipaikka	
	<input type="checkbox"/> Ei ole sukua <input type="checkbox"/> On sukulainen, mikä? _____ <input type="checkbox"/> Hoitaja on työssä muualla, missä? _____		
	Ansiotyön määrä _____ tuntia/pv <input type="checkbox"/> Eläkkeellä <input type="checkbox"/> Työttömänä		
Muu lähiomainen	Yhteystiedot		
Hoidettavan toimintakyky ja avun tarve	Ruokailu <input type="checkbox"/> Suoriutuu itsenäisesti <input type="checkbox"/> Tarvitsee apua <input type="checkbox"/> Täysin autettava		
	Peseytyminen (kasvot, hampaat, kädet) <input type="checkbox"/> Suoriutuu itsenäisesti <input type="checkbox"/> Tarvitsee apua <input type="checkbox"/> Täysin autettava		
	Kylvytys/suihkutus <input type="checkbox"/> Suoriutuu itsenäisesti <input type="checkbox"/> Tarvitsee apua <input type="checkbox"/> Täysin autettava		
	Pukeutuminen riisuminen <input type="checkbox"/> Suoriutuu itsenäisesti <input type="checkbox"/> Tarvitsee apua <input type="checkbox"/> Täysin autettava		
	WC-asiointi <input type="checkbox"/> Suoriutuu itsenäisesti <input type="checkbox"/> Tarvitsee apua <input type="checkbox"/> Täysin autettava		
Lääkkeiden ottaminen <input type="checkbox"/> Suoriutuu itsenäisesti <input type="checkbox"/> Tarvitsee apua <input type="checkbox"/> Täysin autettava			
Sairaudet ja muu erityinen avun tarve _____ _____			
Liikkuminen 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 <input type="checkbox"/> Henkilönosturi			
Muisti / Psykkinen tila / vireys <input type="checkbox"/> Normaali muisti <input type="checkbox"/> Heikentynyt muisti <input type="checkbox"/> Vaikea muistihäiriö			

	<input type="checkbox"/> Sekavuutta <input type="checkbox"/> Harhaisuutta <input type="checkbox"/> Valvottava kohtausten/kaatuilun vuoksi <input type="checkbox"/> Mielialaongelmia, mitä? _____
	<b>Virtsan pidätyskyky</b> <input type="checkbox"/> Siisti <input type="checkbox"/> Ajoittainen kastelu <input type="checkbox"/> Jatkuva kastelu <input type="checkbox"/> Muistutettava wc-käynneistä <input type="checkbox"/> Katetroitava
	<b>Ulosteen pidätyskyky</b> <input type="checkbox"/> Siisti <input type="checkbox"/> Sotkee ajoittain <input type="checkbox"/> Sotkee jatkuvasti
<b>Hoitajan antama apu ja tilapäishoidon järjestelyt</b>	Onko hoitajan antama apu? <input type="checkbox"/> Avustamista <input type="checkbox"/> Hoitamista <input type="checkbox"/> Valvontaa Kuinka paljon hoitajalta menee aikaa avun/hoidon antamiseen? _____ tuntia päivässä _____ tuntia viikossa Kuinka kauan hoidettava voi olla kotona yksin? _____ Tarvitseeko asiakas yöaikaista hoitoa? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
	<b>Kun hoitajaksi hakeva henkilö on tilapäisesti estynyt, miten hoito järjestetään?</b> <input type="checkbox"/> Tulee toimeen itsekseen <input type="checkbox"/> Hoitaja hankkii sijaisen <input type="checkbox"/> Kotihoidon tai muun tilapäisavun turvin <input type="checkbox"/> Haetaan tilapäispaikkaa muualta, mistä? _____ <input type="checkbox"/> Muulla tavoin, miten? _____
<b>Hoidettavan käytössä olevat kotona asumista tukevat palvelut</b>	<input type="checkbox"/> Kotihoito _____ kertaa/vrk    tai _____ kertaa/vk Kotihoidon palveluntuottaja _____ <input type="checkbox"/> Muu palvelu, mikä? _____

<b>Hoidettavan säännölliset etuudet</b>	Mitä seuraavista etuuksista KELA on myöntänyt hoidettavalle? <input type="checkbox"/> Hoitotuki <input type="checkbox"/> Korotettu hoitotuki <input type="checkbox"/> Erytishoitotuki <input type="checkbox"/> Hoitotukihakemus vireillä Hoitotuen määrä / kk _____ euroa
	<b>Saako hoidettava sotilasvammalain mukaista korvausta tai haittakorvausta?</b> <input type="checkbox"/> Saa <input type="checkbox"/> Ei saa Korvauksen määrä /kk _____ euroa    Vamman vaikeusaste _____ %

**Tarvittaessa hoidettavalta tai hoitajalta pyydetään lääkärinlausunto tai muita lisätietoja päätöksenteon tueksi**

<b>Hoidettavan ja hoitajan allekirjoitukset</b>	<b>Hakija antaa allekirjoituksellaan luvan omaishoidon tuen järjestämistä koskevien sosiaali- ja terveystietojen tarkistamiseen. Tiedot tallennetaan ko. toimipisteen asiakas-/potilasrekisteriin.</b> Paikka ja aika _____ / ____ 20 ____ <b>Hyväksyn tässä hakemuksessa mainitun henkilön hoitajakseni</b> _____ Hoidettavan allekirjoitus _____ Hoitajan allekirjoitus
---	--