Seinäjoki

Sosiaali- ja terveyskeskus
Mielenterveyskuntoutus

Hakemus saapunut / 20
(työntekijä täyttää)

ASUMIS- JA AVOPALVELUHAKEMUS
Palvelu sosiaalihuoltolain nojalla

Suku- ja etunimet	
Henkilötunnus	
Osoite	
Puhelin	
Lähiomainen	
Edunvalvoja	
Haettava palvelu	☐ Asumispalveluita ☐ **Tehostettu palveluasuminen – Yksikkö: _____** Sisältää ympärivuorokautisen tuen (3-vuoroyksikkö) ☐ **Palveluasuminen – Yksikkö: _____** Sisältää tuen päivä- ja/tai ilta-aikaan (1 tai 2-vuoroyksikkö) ☐ **Tuettu asuminen – Yksikkö: _____** Sisältää palveluntuottajan sovitut tukikäynnit tukiasuntoon ☐ **Lyhytaikainen asumispalvelu/intervalli _____**
	☐ Avopalveluita ☐ **Päivätoiminta / yhteisövalmennus _____ pv/vko** **Yksikkö: _____** *”Asiakkaan toimintakykyä, sosiaalisia suhteita ja henkistä vireyttä edistävää toimintaa säännöllisesti päiväsaikaan tietyissä tiloissa.”* ☐ **Työtoimintaa (työpaja) _____ pv/vko** *”Työkeskuksessa mm. erilaisista alihankinta-, huolto- ja kunnossapitotöitä, palveluntuottajan yksikössä erilaiset työtehtävät.”* ☐ **Tuetun työn palvelut _____ pv/vko** *”Työpaikalla järjestettävää työtoimintaa, jossa työtehtävät ja työajat sovitaan yksilöllisten resurssien mukaan”* ☐ **Kotikäynnit / kuntoutusohjaus _____** *”Tuetaan asiakkaan itsenäistä asumista kotikäynneillä mm. ohjaus arjen asioissa, käytännön tuki ja asiointi apu.”* ☐ **Työhönvalmennus _____** *”Työhönvalmennusyksikössä tuetaan asiakkaan edellytyksiä työllistymiseen tai opiskeluun sekä ohjataan tulevaisuuden suunnitelmien tekemisessä. Asiakkaat saavat tuntumaa omasta jaksamisesta ja voimavaroista työn tekemisen kautta.”*
Arvio palvelun kestosta/ oma toive.	Mistä alkaen _____ Mihin saakka _____

Diagnoosi(t) Psyykkinen sairaus	_____ _____
Fyysinen sairaus	
Sairaudesta ja sen oireista johtuva tuen tarpeen kuvaus (toimintakyvyn kuvaus)	Liikkuminen, nukkuminen, lääkkeenotto, asioiminen, päivittäiset toiminnot yms. _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
Yhteyshenkilö asumis- yksikössä tai avopalveluissa	Nimi, ammatti ja puhelinnumero _____
Hoidosta vastaava taho	Perusterveydenhuolto: _____ Erikoissairaanhoito: _____ Muu, mikä: _____
Allekirjoitus ja suostumus tietojen käsittelyyn Huom!	Asiakas on antanut luvan häntä koskevien tietojen käsittelyyn sosiaali- ja terveystoimen yhteisessä arviointi- ja sijoitustyössä (PSYKSAS- työryhmä) sekä näiden tietojen siirtoon asiakkaan tulevaan asuin/-hoitopaikkaan sekä yhteistyön ja tietojensaantioikeuden asiakkaan hoitavan tahon kanssa. *"Henkilötietojen käsittelyssä noudatetaan mm. lakia sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000), Tietosuojalakia (1050/2018), lakia viranomaisen toiminnan julkisuudesta (621/1999) ja EU:n yleistä tietosuoja-asetusta EU 2016/679. Henkilötietojen käsittelyssä noudatetaan myös muualla lainsäädännössä olevia säännöksiä."* ☐ Annan suostumukseni tietojeni käsittelyyn Suostumus on voimassa toistaiseksi
	Paikka _____ Päiväys _____/_____20_____ _____ Hakijan allekirjoitus tai laillisen edustajan allekirjoitus _____ Nimenselvennys Hakemuksen palautus: Seinäjoen sosiaali- ja terveyskeskus / Mielenterveyskuntoutus PL 229 | Alvar Aallonkatu 9 C | 60101 Seinäjoki