



ROVALAN SETTLEMENTTI RY
Jokkakallion asumispalvelukeskus
Palosalmi-koti

PALVELUASUMISHAKEMUS

HAETTAVA ASUNTO JOKKAKALLION PALVELUTALO PALOSALMI-KOTI

HAKIJAN /HAKIJOIDEN HENKILÖTIEDOT

Nimi _____ Nimi _____

Syntymäaika _____ Syntymäaika _____

Osoite _____ Osoite _____

Puh. nro _____ Puh. nro _____

LÄHIOMAINEN

Nimi _____

Osoite _____ Puh. nro _____

Perustelut palveluasunnon tarpeelle

TIEDOT NYKYISESTÄ ASUNNOSTA		
ASUMISVÄLJYYS JA TALOTYYPPI		
Asukkaiden lukumäärä	Huoneistotyyppi _____ h + <input type="checkbox"/> kk <input type="checkbox"/> k	Huoneiston pinta-ala m ²
<input type="checkbox"/> kerrostalo	<input type="checkbox"/> rivitalo	<input type="checkbox"/> omakotitalo <input type="checkbox"/> muu mikä
VARUSTETASO JA KUNTO		
Asunnon varusteet		
<input type="checkbox"/> viemäri	<input type="checkbox"/> vesijohto	<input type="checkbox"/> lämminvesi
<input type="checkbox"/> sähkölämmitys	<input type="checkbox"/> keskuslämmitys/ sisä -wc	<input type="checkbox"/> kylpy tai suihkuhuone/ asuntokohtainen sauna
<input type="checkbox"/> parveke	<input type="checkbox"/> hissi talossa	
Asunnon kunto		
<input type="checkbox"/> erinomainen	<input type="checkbox"/> hyvä	<input type="checkbox"/> tyydyttävä <input type="checkbox"/> heikko
HALLINTASUHDE		
<input type="checkbox"/> omistaja	<input type="checkbox"/> päävuokralainen	<input type="checkbox"/> alivuokralainen
<input type="checkbox"/> yhteiskäyttöinen asunto	<input type="checkbox"/> työsuhdeasunto	<input type="checkbox"/> asuntola
<input type="checkbox"/> vanhempien luona		
Vuokra/käyttövastike €/kk _____		Asuntoon muutto vuosi _____

SAIRAUDET _____

MILLAISTA APUA TARVITSETTE SEURAAVISSA TOIMINNOISSA

Liikkuminen _____

Pukeutuminen _____

Peseytyminen _____

Wc-käynti _____

Syöminen _____

Kodinhoito _____

Muut toiminnot _____

Tarvitsetteko toisen apua öisin _____

Keneltä saatte apua/hoittoa _____

Kuinka kauan selviydytte ilman toisen henkilön apua/valvontaa _____

Käyttämänne apuvälineet _____

Käykö teillä: Kotipalvelu **Kyllä** **Ei** **Kuinka usein ?** _____

Kotisairaanhoidtaja **Kyllä** **Ei**

Lääkärinlausunto **Kyllä** **Ei**

Kotipalvelun lausunto **Kyllä** **Ei**

Suostun tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta **Kyllä** **Ei**

Aika ja paikka _____ **Hakijan allekirjoitus** _____