

Haen maksusitoumusta

laitoshuoltoon

jaksottaiseen laitoshuoltoon (intervalli)

määräaikaiseen laitoshuoltoon

\_\_\_ viikkoa vuosittain

osa-aikaiseen laitoshuoltoon  
(päiväsairaala)

Laitoksen nimi \_\_\_\_\_

<b>HAKIJAN PERUS- TIEDOT</b>	Sukunimi	Henkilötunnus	
	Etunimet	Puhelin	
	Lähiosoite		
	Postinumero	Postitoimipaikka	
	Työkyvyttömyysaste %	Vahinkonumero	
<b>SELVIYTY- MINEN PÄIVITTÄI- SISTÄ TOIMIN- NOISTA (rastita oikea vaihtoehto)</b>	Liikuntakyky		
	normaali tai lähes normaali		
	jonkin verran vaikeutunut		
tarvitsen toisen henkilön apua			
Peseytyminen			
selviydyn itse			
apu tarpeen aina			
tarvitsen apua			
Pukeutuminen			
selviydyn itse			
apu tarpeen aina			
tarvitsen apua			

	Syöminen selviydyn itse apu tarpeen aina tarvitsen apua
	Ulosteen ja virtsan pidätyskyky molemmat normaaleja virtsan pidätys huono ulosteen pidätys huono
	Apuvälineet ei ole kyllä, mikä? _____
	Lisätietoja
<b>ASUMIS- MUOTO</b>	Asun kerrostalossa                      rivitalossa                      omakotitalossa

<b>ALLE- KIRJOITUS</b>	Paikka ja päiväys	Hakijan allekirjoitus
		Nimen selvennys
<b>LIITTEET</b>	<b>Hakemukseen on liitettävä lääkärinlausunto laitoshuollon tarpeesta.</b>	

Hakemus toimitetaan Valtiokonttoriin osoitteella:  
Valtiokonttori, Vakuutus, Sotilasvammat- ja veteraaniasiat, PL 60, 00054 VALTIOKONTTORI