

Viranomainen täyttää

Hakemus vastaanotettu	pvm
RAI	pvm
MAPLe5	p.
ADLH (0-6)	p.
IADLCH (0-6)	p.

Hakemus ikääntyneiden ateriapalveluihin

Hyvinvointialueen järjestämä kotiin kuljetettava ateriapalvelu on tarkoitettu kotona asuville asiakkaille, jotka eivät pysty sairauden tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi valmistamaan ateriotaan itsenäisesti, läheisten turvin tai ruokailemaan kodin ulkopuolella. Kotiin kuljetettujen aterioiden tilausmäärä tulee olla vähintään kolme (3) ja enintään seitsemän (7) ateriaa viikossa.

Muita palvelun myöntämisen perusteita ovat:

- Asiakkaan läheiset eivät voi hoitaa hänen kauppa-asiointiaan hänen puolestaan.
- Asiakas ei pysty itse tai läheisten turvin asioimaan kaupassa tai tekemään tilausta sähköisessä palvelussa tai puhelimitse. Tilauksen voi tehdä myös läheinen.
- Asiakas, joka ei pysty itse tai läheisten avustuksella hankkimaan valmisaterioita tai valmistamaan ateriota.
- Asiakkaalla on erityisruokavalio ja hän ei pysty itse tai läheisten avustuksella huolehtimaan riittävän monipuolisesta ruokailusta
- Asiakas tarvitsee ohjausta, valvontaa tai apua ruokailussa
- Asiakas tarvitsee ohjausta ja valvontaa ravitsemustilan seurannassa
- Asiakkaan tulee hankkia mikro ruuan lämmittämistä varten, jos lämmitys tehdään kotihoidon toimesta

HAKIJAN HENKILÖTIEDOT (Täytähän hakemuksen huolellisesti)

Nimi	Henkilötunnus
Osoite	Postinumero ja -toimipaikka, kotikunta
Puhelinnumero	

ENSISIJAINEN YHTEYSHENKIÖ (ollaan yhteydessä jos asiakasta ei tavoiteta)

Nimi	Puhelin
------	---------

ATERIAPALVELUTARPEEN SELVITYS

 Asuminen yksin läheisen kanssa

 Liikkuuko hakija yksin kodin ulkopuolella kyllä ei

 Onko hakija kotihoidon asiakas kyllä ei

Minkä kotihoidon alueen asiakas _____

Lyhyt kuvaus hakijan nykytilanteesta ja terveydentilasta

Pääasiallinen syy hakea ateriapalvelua

HAETTAVA PALVELU

- Kotiin kuljetettu kylmä ateria
 Ateriointi oman asuinkunnan ruokailupisteessä (hakemus vain, jos hyvinvointialue tekee palvelupäätöksen)

Toivottu ateriapalvelun aloituspäivänmäärä: _____

ATERIAPÄIVÄT

MA kuljetuksessa Ti <input type="checkbox"/> Ke <input type="checkbox"/>	KE kuljetuksessa To <input type="checkbox"/> Pe <input type="checkbox"/>	PE kuljetuksessa La <input type="checkbox"/> Su <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/>
---	---	---

ERIKOISRUOKAVALIOT (ateriapalvelun ruoka aina laktoositonta)

- Gluteeniton
 Allergia, mikä:
 Muu, mikä:
 Pehmeä ruoka (helposti pureskeltavia ruokia)
 Soseutettu ruoka

SISÄÄNPÄÄSY

- Asiakas avaa itse oven tai ovi on auki
 Käytössä avaimen turvakotelo, koodi: _____

Suostumus ja allekirjoitus

Suostun tietojen hankkimiseen terveys- ja sosiaalialan tietojärjestelmistä, sekä tarvittaessa muilta minua hoitavilta tahoilta.	
Paikka	Aika
Allekirjoitus hakija / asianhoitaja / edunvalvoja / edunvalvontavaltuutettu	
Hakemuksen täyttämässä on avustanut (nimi ja puhelinnumero):	

Palautusosoite

Ikäihmistien asiakasohjaus
Ruukintie 2
60100 SEINÄJOKI
p. 06 230 7550