

Haen maksusitoumusta

laitoshuoltoon

jaksottaiseen laitoshuoltoon (intervalli)

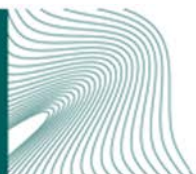
määräaikaiseen laitoshuoltoon

___ viikkoa vuosittain

osa-aikaiseen laitoshuoltoon
(päiväsairaala)

Laitoksen nimi _____

HAKIJAN PERUS- TIEDOT	Sukunimi		Henkilötunnus	
	Etunimet		Puhelin	
	Lähiosoite			
	Postinumero	Postitoimipaikka		
	Työkyvyttömyysaste %		Vahinkonumero	
SELVIYTY- MINEN PÄIVITTÄI- SISTÄ TOIMIN- NOISTA (rastita oikea vaihtoehto)	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
ASUMIS- MUOTO	Asun kerrostalossa rivitalossa omakotitalossa

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

Hakemus toimitetaan Valtiokonttoriin osoitteella:
Valtiokonttori, Sotilasvamma- ja veteraanasiat, PL 60, 00054 VALTIOKONTTORI