

Varhaisen tuen palvelut
Omaishoidon tuki

Ilmoita tällä lomakkeella, mikäli omaishoidossa on tapahtunut alla mainittuja muutoksia kalenterikuukauden aikana. Lomake tulee palauttaa omaishoidon yksikköön hoitokuukautta seuraavan kuukauden 6. päivään mennessä.

Omaishoitajan nimi: _____ **Sotu:** _____

Omaishoidettavan nimi: _____ **Sotu:** _____

Omaishoitaja ei ole vastannut omaishoidettavan hoidosta ajalla:

(keskeytyksen alkamispäivä - keskeytyksen päättymispäivä)

Omaishoidon keskeytymisen syy (ympyröi oikean vaihtoehdon numero):

1 Hoidettavan sairaalahoito, sairaala missä ollut: _____

2 Hoidettavan muu **äkillinen** hoitajakso, hoitolaitos missä ollut: _____
(ennalta sovittuja, säännöllisiä lyhytaikaisjaksoja ei tarvitse ilmoittaa)

3 Alle 18-vuotias hoidettava hoidossa ympärivuorokautisesti muualla kuin kotona
(myös toisen huoltajan luona), missä? _____

4 Hoitajan terveydentilasta johtuva keskeytys (huom. lääkärintodistus, ks. omaishoidon myöntämisperusteet)

5 Muu syy, mikä? _____

Lisätietoja: _____

Paikka ja aika:

Omaishoitajan allekirjoitus:

Lomakkeen palautus:

Omaishoidon tuen yksikkö

Kouvola

Valtakuja 1

45100 Kouvola

Omaishoidon tuen yksikkö

Kotka

Vesivallintie 29

48600 Kotka