



KAUNIAISTEN KAUPUNKI

HAKEMUS

Kotihoito

Asematie 19

02700 KAUNIAINEN

VANHUSTEN, VAMMAISTEN JA PITKÄAIKAISSAIRAIDEN TURVAPALVELU

Hakijaa koskevat tiedot

Nimi _____

Henkilötunnus _____

Osoite _____

Puhelin _____

Asuminen

Hakija asuu

Yksin

Toisen kanssa, kenen

Hakijan tulotiedot (bruttotulo veroja ja maksuja vähentämättä)

Kaikki tulot yhteensä _____ e/kk

Omaisten apu

Liikuntakyky ja aistit

Liikuntakyky

normaali _____

heikko _____

Näkö

normaali _____

heikko _____

Kuulo

normaali _____

heikko _____

Sairaudet

Lähin omainen tai ystävä

Perustelut turvapuhelimen tarpeellisuudesta

Päiväys _____

Allekirjoitus _____