

# KUSTAVIN VANHUSPALVELUT

Palvelukeskus: Jaalakuja 5, 23360 KUSTAVI



## PYYNTÖ PALVELUTARPEEN ARVIOINTIIN

Saapumispv. \_\_\_\_\_

HAKIJAN NIMI	HENKILÖTUNNUS
OSOITE	PUHELIN
LÄHIOMAINEN, OSOITE JA PUHELIN	
ASIOIDENHOITAJA / YHTEYSHENKILÖ, JOS MUU KUIN LÄHIOMAINEN	

Keneen otetaan yhteyttä hakemukseen liittyen?

- Hakijaan       Omaiseen       Asioidenhoitajaan/ yhteyshenkilöön

MIKSI HAETTE PALVELUTARPEEN ARVIOINTIA?

MITÄ ASIOITA TEETTE ITSE? MISSÄ ASIOSSA TARVITSETTE APUA JA KUKA/ KETKÄ AUTTAVAT?

MITÄ SAIRAUKSIA TEILLÄ ON? KÄYTÖSSÄNNE OLEVAT APUVÄLINEET?

Hakemuksen teossa avustanut: \_\_\_\_\_ puhelin: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Hakijan allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
Päiväys

**PALAUTUS : Kustavin  
palvelukeskus /Fagerström  
Jaalakuja 5, 23360 KUSTAVI**