

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 kunta,
vanhuspalvelut,
Keskustie 7, 23360 Kustavi