



Laadittu / 20

Tarkistettu / 20

YHTEYSTIETOJA:

Sukunimi Henkilötunnus

Etunimet Puhelin:

Lähiosoite

Postinumero Postitoimipaikka

Lähiomainen ja yhteystiedot:

.....

Muut perheenjäsenet:

Edunvalvoja ja yhteystiedot:

.....

ASIAKKAAN ELÄMÄNTILANNE:

Asuminen/asumisolo:

Toimintakyky kotona:

Päivittäin esim. pukeutumisessa, ruokailussa, wc, peseytymisessä

.....

.....

Liikkumisessa

.....

Kodinhoidossa

.....

Toimintakyky kodin ulkopuolella:

Harrastukset ja vapaa-aika

.....

Asiointi

.....

Työ tai opiskelu

.....



YKSILÖLLINEN PALVELUSUUNNITELMA

Kommunikoinnissa

.....

Muut haitat ja esteet

.....

TOIMEENTULO JA TALOUDELLISET TUET:

.....

.....

TARVITTAVAT TUKIPALVELUT:

VAMMAISPALVELUT

Palvelut perustuvat palveluasumispäätökseen kyllä ei

Henkilökohtainen apu ja järjestämistapa

a) Henkilökohtainen avustaja Työtunnit: tuntia/vko

Työnantajatehtävät Suorittuu itse

Hoidetaan muuten, miten

Sijaisjärjestelyt

b) Palveluseteli, mitkä palvelut

.....

c) Ostopalvelu tai kunnan oma palvelu

.....

Asunnon muutostyöt, mitä

.....

Kuljetuspalvelut (miten järjestetty)

.....

Auto liikkumisen apuvälineenä (muutostyöt, apuvälineet, tuki auton hankintaan)

.....

.....

Päivätoiminta



YKSILÖLLINEN PALVELUSUUNNITELMA

SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT

Omaishoito (erillinen sopimus liitteenä)? Tunnit/vrk e/kk

Omaishoidon vapaa-aika ja lomajärjestelyt

Tilapäishoito

Kodinhoitoapu/kotisairaanhoido (tehtävät ja vastuutahot)

Apuvälineet (terveydenhuollon apuvälineet, liikkumisen apuvälineet)

Välineiden korjaus- ja huolto/yhteys- ja vastuuhenkilöt

Lääkinnällinen kuntoutus (fysioterapiat, toimintaterapiat, puheterapiat, muu kuntoutus)

Päivähoito

Koulutoimi

Opiskelu

Työ





YKSILÖLLINEN PALVELUSUUNNITELMA

Harrastaminen esim. aamu- ja/tai iltapäivätoiminta, kerhot, liikunta, yhdistystoiminta?

.....
.....

Tukipalvelut (esim. vertaistukea, keskusteluapua, mielenterveystukea, perheterapiaa tms.)

.....
.....

Tulevaisuuden tarpeet (tavoitteet ja keinot)

.....
.....

Suunnitelma palveluiden toteuttamisesta

.....
.....

Lisätietoja

.....
.....

Palvelusuunnitelmaa tehtäessä läsnä:

.....
.....

Palvelusuunnitelman tarkistaminen Tarvittaessa tai päivämäärä / 20.....

Allekirjoitukset

Vastuu- /yhteyshenkilöt

.....
.....

Nimi Vammaispalveluiden sos.työntekijä, puh.

asiakas tai hänen edustajansa

sosiaalitoimen edustaja

Asiakkaan kieltäytyminen palvelusuunnitelmasta Hyväksyn En hyväksy

.....
asiakkaan allekirjoitus

Jakelu (sovitaan laatimishetkellä)

.....
.....

Palvelusuunnitelma on asiakkaan ja/tai hänen edustajansa kanssa yhteistyössä tehty yhteenveto hänen elämänsä tämänhetkisestä tilanteesta ja mahdollisesta uusien palveluiden tarpeesta. Palvelusuunnitelma ei ole päätös vaan asiakkaan tulee hakea palveluita ja tukitoimia erillisellä hakemuksella. Tarvittaessa palvelusuunnitelmaan voidaan liittää palvelukohtaisia suunnitelmia (esim. kuntoutussuunnitelma Ku 207, asumispalvelut).

LIITTEET _____ kpl