



**TOIVAKAN KUNTA**  
HAKEMUS TEHOSTETUSTA PALVELUASUMISESTA

Hakijan nimi	Henkilötunnus
Osoite	Puhelinnumero
Lähiomaisen nimi ja osoite	Puhelinnumero

**Nykyiset palvelut**

Kotihoito _____ kertaa päivässä viikossa kuukaudessa	
Omaisten / läheisten apu päivittäistä viikoittaista	
Ateriapalvelu	Omaishoito
Turvapuhelin	Muut palvelut
Lyhytaikaishoito	

Asuuko yksin: kyllä / ei, kenen kanssa \_\_\_\_\_

Arkea vaikeuttavat tekijät ja hakijan sairaudet:

**TULOTIEDOT:**  
Hakijan nettotulot ovat \_\_\_\_\_ €/kk

Päiväys ja hakijan allekirjoitus  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Postiosoite**  
Toivakan kotihoito  
Iltaruskontie 4  
41660 Toivakka

**Sähköposti**  
[hanna.manninen@toivakka.fi](mailto:hanna.manninen@toivakka.fi)

**Puhelin**  
040 839 3489