

Saapunut

Eteva kuntayhtymä  
Erityispalvelujen toimistosihteeri  
Ansarikuja 1  
13100 HÄMEENLINNA

fax 03 616 1056

## Palvelupyyntö Etevalle

Toimintamme Etevassa perustuu asiakaslähtöiseen yksilökeskeiseen suunnitelmatyöskentelyyn (YKS). Sen vuoksi toivomme, että palvelupyynnöstä välittyy asiakkaan oma toive ja näkemys tarpeistaan.

### Taustatiedot

Nimi \_\_\_\_\_  
Henkilötunnus \_\_\_\_\_  
Osoite \_\_\_\_\_  
Kotikunta \_\_\_\_\_

Täysi-ikäistä asiakasta /omaista on kuultu \_\_\_\_\_

### Palveluja pyydetään:

- Pitkäaikaista asumista, mistä alkaen ja millaista \_\_\_\_\_  
 Lyhytaikaista asumista, mistä alkaen \_\_\_\_\_  
 Pitkäaikaista perhehoitoa, mistä alkaen \_\_\_\_\_  
 Lyhytaikaista perhehoitoa, mistä alkaen \_\_\_\_\_  
 Työ- ja päivätoimintaa, mistä alkaen ja millaista \_\_\_\_\_

### Asiantuntijapalveluita

- Arviointia / tutkimusta  
 Neuvontaa / ohjausta  
 Terapiaa / hoitoa  
 Yhteisön ohjausta, mitä \_\_\_\_\_  
 Kriisi- / intensiivijaksoa Hothat-tukikeskuksessa  
 Arviointi- / tutkimusjaksoa Hothat-tukikeskuksessa  
 Pitkäkestoista kuntoutusjaksoa Hothat-tukikeskuksessa  
 Muuta palvelua, mitä \_\_\_\_\_

**Nykyinen asumismuoto**

- Vanhempien luona  
 Ryhmä/hoitokodissa nimeltä \_\_\_\_\_  
osoite \_\_\_\_\_  
yhteyshenkilö \_\_\_\_\_  
puhelinnumero \_\_\_\_\_
- Omassa asunnossa, tuki järjestetty  
 Perhekodissa nimeltä \_\_\_\_\_  
 Muualla, missä \_\_\_\_\_

**Ollut asiakkaana**

- Eteva / Pääjärven palveluissa, missä ja milloin viimeksi \_\_\_\_\_  
 Eteva / UEP:n palveluissa, missä ja milloin viimeksi \_\_\_\_\_  
 Muualla, missä ja milloin \_\_\_\_\_

**Diagnoosi (jos tiedossa) ja tällä hetkellä käynnissä olevat terapiat, hoidot sekä lääkitys**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Kuvaus henkilöstä (toimintakyky, vahvuudet, millaista tukea tarvitaan)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Erityiset haasteet joihin toivotaan apua**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Palvelupyynnön tekijä**

Nimi \_\_\_\_\_  
Ammatti ja suhde asiakkaaseen \_\_\_\_\_  
Osoite \_\_\_\_\_  
Puhelinnumero \_\_\_\_\_  
Sähköposti \_\_\_\_\_

**Lähiomainen**

Nimi \_\_\_\_\_  
Osoite (jos eri kuin asiakkaan) \_\_\_\_\_  
Puhelinnumero \_\_\_\_\_  
Lähiomainen on tietoinen tästä palvelupyynnöstä

**Kehitysvamma/vammaispalvelujen yhteyshenkilö kotikunnassa**

Nimi \_\_\_\_\_

Osoite \_\_\_\_\_

Puhelinnumero \_\_\_\_\_

Sähköposti \_\_\_\_\_

Yhteyshenkilö on tietoinen tästä palvelupyynnöstä **Määrätty edunvalvoja**

Nimi \_\_\_\_\_

Osoite \_\_\_\_\_

Puhelinnumero \_\_\_\_\_

Sähköposti \_\_\_\_\_

Palvelupyynnön tekijä on ollut yhteydessä Etevan alueelliseen sosiaalityöntekijään 

Sosiaalityöntekijän nimi \_\_\_\_\_

Päiväys \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Palvelupyynnön tekijän allekirjoitus ja nimenselvennys