

# ILMOITUS

Omaishoidon kuukausi-ilmoitus tuen maksamista varten



Hoidettavan nimi: \_\_\_\_\_

Kuukausi: \_\_\_\_\_

Merkitse rasti (X) asianomaiseen kohtaan jokaisen päivän kohdalle

PVM	HOIDET- TAVA KOTONA	HOIDETTAVA POISSA ÄKILLISEN SAIRAUDEN VUOKSI	HOIDETTAVA POISSA MUUSTA SYYSTÄ (Hoitajasta johtuva syy tai esim. vuorohoito)	OMAIHOITAJAN LAKISÄÄTEINEN VAPAAPÄIVÄ/ MERKITSE MISSÄ VAPAAPÄIVÄ PIDETTY			
				TERVEYS- KESKUS	VANHAIN- KOTI	MUU HOITO- KOTI	MUU JÄRJES- TELY
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

Päiväys: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20\_\_

Hoitajan allekirjoitus

**Palautus viimeistään seuraavan kuukauden 5. päivänä**

Palautusosoite: PoSa/Vanhuspalvelukeskus/Omaishoidon tuet  
Jämintie 2 E, 38700 KANKAANPÄÄ

LISÄTIETOJA KÄÄNTÖPUOLELLA ( )

Viranomaisen täyttää:

Saapunut: \_\_\_\_\_

Tarkastettu: \_\_\_\_\_

