

1 TOIMINTA- YKSIKKÖ	Nimi _____		
	Lähiosoite _____		Sijaintikunta _____
	Postinumero _____	Postitoimipaikka _____	
	Puhelinnumero _____	Sähköpostiosoite _____	
	Kenen tai minkä omistuksessa toimintayksikkö on? _____		
	Mihin perustuu toimintayksikön toiminnan rahoitus?		
	<input type="checkbox"/> Asiakkailta perittävät maksut <input type="checkbox"/> Jatkuvat avustukset kunnalta <input type="checkbox"/> Toiminta on järjestetty kunnan omana toimintana		
	<input type="checkbox"/> Avustukset muualta; mistä? _____		
	Erittely avustuksista _____		
	Avustuksen saaja:		
<input type="checkbox"/> Toimintayksikön ylläpitäjä <input type="checkbox"/> Toimintayksikkö Avustuksen/avustusten määrä _____ €/kk			
Asukkaille annetun hoidon kokonaiskäyttökustannukset _____ €/kk			
Asukkaiden maksama osuus kustannuksista _____ €/kk			
Kunnan ja yksikön välillä on tehty ostopalvelusopimus tai vastaava järjestely			
<input type="checkbox"/> laitoshoidosta <input type="checkbox"/> avohoidosta <input type="checkbox"/> Ostopalvelusopimusta tai vastaavaa järjestelyä ei ole tehty.			
Huollon ala			
<input type="checkbox"/> vanhustenhuolto <input type="checkbox"/> kehitysvammahuolto <input type="checkbox"/> mielenterveyshuolto <input type="checkbox"/> päihdehuolto			
<input type="checkbox"/> vammaishuolto <input type="checkbox"/> terveydenhuolto <input type="checkbox"/> muu; mikä? _____			
Toimintayksikön tyyppi (esim. sairaala, vanhainkoti, hoiva-, huolto- tai palvelukoti, asuntola) _____			
Milloin toiminta on aloitettu tai milloin sitä on muutettu?			
Aloitettu _____ Muutettu _____ <input type="checkbox"/> koko yksikköä <input type="checkbox"/> yksikön osia			
Onko toiminnan aloittamiselle tai muuttamiselle saatu aluehallintoviranomaisen lupa?			
<input type="checkbox"/> Kyllä _____ <input type="checkbox"/> Ei _____			
2 HENKILÖKUNTA	Toiminimike _____	Lukumäärä _____	Työaika (kokopäivä, puolipäivä tms.) _____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

Lukumäärä yhteensä _____

3 ASUKKAIDEN KÄYTÖSSÄ OLEVAT TILAT	Huoneet		Varustetaso		
	Huoneistotyyppi:		Keittotila	Oma suihku tai kylpy	Oma WC
Yhden hengen huone	_____ kpl	_____ m ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yhden hengen huone	_____ kpl	_____ m ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kahden hengen huone	_____ kpl	_____ m ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kahden hengen huone	_____ kpl	_____ m ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Useamman hengen huone	_____ kpl	_____ m ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Useamman hengen huone	_____ kpl	_____ m ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yhteiskäytössä olevat tilat					

4 MAKSUT JA MAKSAJA	Hoitomaksun rakenne		
	<input type="checkbox"/> Laitoshoidon maksu (asiakasmaksuasetus 12 ja 15 §)	<input type="checkbox"/> Avopalvelun maksut (asiakasmaksuasetus 3, 5, 13 §)	<input type="checkbox"/> Vuorokausimaksu
Yksikön antamat palvelut:			
<input type="checkbox"/> asunto, sisältyy:	<input type="checkbox"/> lämpö	<input type="checkbox"/> sähkö	<input type="checkbox"/> vesi
<input type="checkbox"/> puhtaus, sisältyy:	<input type="checkbox"/> sauna	<input type="checkbox"/> siivous	<input type="checkbox"/> pyykinpesu
<input type="checkbox"/> ravinto:	<input type="checkbox"/> täysihoitona	<input type="checkbox"/> erillisinä aterioina	
<input type="checkbox"/> sairaanhoito, sisältyy:	<input type="checkbox"/> lääkärihoito	<input type="checkbox"/> muu tutkimus ja hoito	<input type="checkbox"/> sairaanhoidolliset toimenpiteet
<input type="checkbox"/> hoiva (avustaminen päivittäisissä toiminnoissa), sisältyy:	<input type="checkbox"/> lääkkeet	<input type="checkbox"/> sairaankuljetus	
Erikseen laskutettavat palvelut ja niistä perittävät maksut			
<input type="checkbox"/> Vuokra _____ €/kk	<input type="checkbox"/> Palvelumaksu _____ €/kk	<input type="checkbox"/> Ruoka _____ €/kk	
<input type="checkbox"/> Muu; mikä?			
Perustuuko asuminen asukkaan ja yksikön välillä tehtyyn vuokrasopimukseen?			
<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei		
Saavatko asukkaat yksikön antamien palvelujen lisäksi tukipalveluja kunnalta?			
<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä; mitä?	<input type="checkbox"/> kotisairaanhoito	<input type="checkbox"/> siivouspalvelut
	<input type="checkbox"/> ateriapalvelut	<input type="checkbox"/> kotipalvelu	<input type="checkbox"/> apu henkilökohtaisissa toiminnoissa
			<input type="checkbox"/> muut; mitkä?

Maksun suorittaa

Asukas kokonaan: _____ asukasta _____

Asukas osaksi: _____ asukasta; kuka maksaa loput: _____

Kunta: _____ asukkaasta ostopalvelusopimuksen tai maksusitoumuksen perusteella
 jatkuvana toimeentulotukena

Kuntayhtymä: _____ asukkaasta _____

Valtio: _____ asukkaasta _____

Muu maksaja: _____ asukkaasta; maksaja: _____

5 ASUKKAAT	Asukaspaikkojen määrä	Asukkaiden määrä selvitysajankohtana	
	yhteensä _____ asukasta	yhteensä _____ asukasta	
Asukkaiden kotikunnat			
Keskimääräinen hoitoaika			
Asukkaat tulevat		Asukkaat siirtyvät	
<input type="checkbox"/> avohoidosta	<input type="checkbox"/> laitoshoidosta	<input type="checkbox"/> avohoitoon	<input type="checkbox"/> laitoshoittoon
Ovatko asukkaat muun laitoksen kirjoissa?			
<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä; minkä?		

6
PALVELUJEN
TARVE

Asukkaiden omatoimisuus sekä mahdollisuudet ja kyky vaikuttaa palvelujen ja asumisen järjestämiseen.

7
HOITO- JA
PALVELU-
SUUNNITELMA

Onko asukkaille tehty yksilölliset hoito- ja palvelusuunnitelmat?

On Ei; miksi?

Miten terveyden- tai sairaanhoito on järjestetty? Kuka huolehtii lääkkeiden antamisesta?

Miten valvonta on järjestetty? Miten kauan asukkaat voivat olla ilman valvontaa? Onko asukkailla mahdollisuus liikkua yksikön ulkopuolella? Miten henkilökuntaan saa yhteyden? Vastatkaa erikseen yö- ja päivävalvonnan osalta.

8
TYÖ- JA PÄIVÄ-
TOIMINTA
(kehitysvamma-
yksikkö)

Miten työ- ja päivätoiminta on järjestetty?

Yksikön ulkopuolella; missä? _____

Yksikössä tai sen välittömässä yhteydessä

Ei ole järjestettyä työ- ja päivätoimintaa

9
ALLEKIRJOITUS

Tiedot antoi

Päiväys

Allekirjoitus ja nimen selvennys

KELAN MERKINNÄT

Yksikön numero

Kunnan numero

Ylläpitäjä

yksityinen

julkinen

Vaikutus etuuksiin

K

M

R

NEUVOTTELU-
MENETTELY

ALLEKIRJOITUS Päiväys

Allekirjoitus ja nimen selvennys

Allekirjoitus ja nimen selvennys

NEUVOTTELU-
MENETTELYN
TULOS

STM:N
LAUSUNTO