

1 VERKSAM- HETSENHET	Namn _____		
	Näradress _____		Kommun _____
	Postnummer _____	Postanstalt _____	
	Telefonnummer _____	E-postadress _____	
	Vem äger verksamhetsenheten? _____		
	På vad grundar sig finansieringen av enhetens verksamhet?		
	<input type="checkbox"/> Klientavgifter <input type="checkbox"/> Fortlöpande bidrag från kommunen <input type="checkbox"/> Verksamheten helt kommunal		
	<input type="checkbox"/> Bidrag från annat håll; varifrån? _____		
	Specificering av bidragen _____		
	Bidragsmottagare:		
<input type="checkbox"/> Huvudman för verksamhetsenheten <input type="checkbox"/> Verksamhetsenhet Bidragsbelopp _____ €/mån.			
Totalkostnader för vården av de boende _____ €/mån. Andel som de boende betalar av kostnaderna _____ €/mån.			
Kommunen och enheten har uppgjort köptjänstavgift eller motsvarande arrangemang om			
<input type="checkbox"/> institutionsvård <input type="checkbox"/> öppen vård <input type="checkbox"/> Något köptjänstavgift eller motsvarande arrangemang har inte uppgjorts.			
Vårdområde			
<input type="checkbox"/> äldreomsorg <input type="checkbox"/> omsorg om utvecklingshandikappade <input type="checkbox"/> mentalvård <input type="checkbox"/> missbrukarvård			
<input type="checkbox"/> handikappvård <input type="checkbox"/> hälsovård <input type="checkbox"/> annat område; vilket? _____			
Typ av verksamhetsenhet (t.ex. sjukhus, äldreomsorg, vård- eller servicehem, boendeenhet) _____			
När har verksamheten inletts eller när har den lagts om? _____			
Inledd _____ Omlagd _____ Gäller omläggningen av verksamheten			
<input type="checkbox"/> hela enheten <input type="checkbox"/> delar av enheten			
Har regionförvaltningsverket gett tillstånd till inledningen eller omläggningen av verksamheten?			
<input type="checkbox"/> Ja _____ <input type="checkbox"/> Nej _____			
2 PERSONAL	Befattningsbeteckning	Antal	Arbetstid (heldag, halvdag etc.)
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

Sammanlagt antal _____

3 UTRYMMEN SOM STÅR TILL DE BOENDES FÖRFOGANDE	Rum		Utrustning		
	Lägenhetstyp:		Kokutrymme	Dusch eller bad	WC
	En persons rum	_____ st _____ m ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	En persons rum	_____ st _____ m ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Två personers rum	_____ st _____ m ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Två personers rum	_____ st _____ m ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Flera personers rum	_____ st _____ m ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Flera personers rum	_____ st _____ m ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gemensamma utrymmen				

4
AVGIFTER
OCH
BETALARE

Vårdavgiftens art

Institutionsvårdsavgift (12 och 15 § i klientavgiftsförordn.) Öppenvårdsavgifter (3, 5, 13 § i klientavgiftsförordn.) Dygnsavgift

Service vid enheten:

bostad, innefattande: värme el vatten

hygien, innefattande: bastu städning klädtvätt

kost, i form av: helpension särskilda måltider

sjukvård, innefattande: läkarvård annan undersökning och vård sjukvårdsåtgärder

omvårdnad (hjälp med de dagliga rutinerna), innefattande: mediciner sjuktransport

Separat debiterad service och avgifternas belopp

Hyra _____ €/mån. Serviceavgift _____ €/mån. Mat _____ €/mån.

Annat; vad? _____

Grundar sig boendet på ett hyresavtal mellan den boende och enheten?

Ja Nej

Får de boende utöver enhetens service stödtjänster av kommunen?

Nej Ja; vad? hemsjukvård städservice hjälp med personliga rutiner

måltidsservice hemservice annat; vad?

Avgiften betalas

Helt av den boende: _____ boende _____

Delvis av den boende: _____ boende; vem betalar resten: _____

Av kommunen: för _____ boende enligt köptjänstavtal eller betalningsförbindelse

genom fortlöpande utkomststöd

Av samkommunen: för _____ boende _____

Av staten: för _____ boende _____

Av annan: för _____ boende; betalare: _____

5
DE BOENDE

Platsantal Antal boende för närvarande

sammanlagt _____ boende sammanlagt _____ boende

De boendes hemkommuner _____

Vårdtid i medeltal

De boendes kommer från De boendes överförs till

öppen vård institutionsvård öppen vård institutionsvård

Är de boende inskrivna vid någon annan institution?

Nej Ja; vilken? _____

6
SERVICE-
BEHOV

De boendes egen aktivitet samt möjligheter och förmåga att påverka ordnandet av service och boende.

7
VÅRD- OCH
SERVICEPLAN

Har individuella vård- och serviceplaner uppgjorts för de boende?

Ja Nej; varför?

Hur är hälso-/sjukvården ordnad? Vem svarar för medicinerna till de boende?

Hur är tillsynen ordnad? Hur länge kan de boende vara utan tillsyn? Har de boende möjlighet att röra sig utanför enheten? Hur fås kontakt med personalen? Ge en separat redogörelse för tillsynen nattetid och dagtid.

8 ARBETS-
OCH DAGVERK-
SAMHET
(enhet för ut-
vecklings-
handikappade)

Hur är arbets- och dagverksamheten ordnad?

Utanför enheten; var?

Vid enheten eller i dess omedelbara närhet

Organiserad arbets- och dagverksamhet saknas

9
UNDERSKRIFT

Uppgiftslämnare

Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande

FPA:S ANTECKNINGAR

Kommunnummer

Enhetens nummer

Huvudman

Inverkan på förmåner

privat

offentlig

K

M

R

FÖRHANDLINGS-
FÖRFARANDE

UNDERSKRIFT Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande

Underskrift och namnförtydligande

FÖRHANDLINGS-
RESULTAT

SHM:S
UTLÅTANDE