

Haetaan intervallijaksolle päiväkeskukseen

HENKILÖTIEDOT	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite	Puhelinnumero
	Asuuko yksin <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	

PÄÄSYY HAKEMISELLE	<input type="checkbox"/> omaisen levon tai loman tarve <input type="checkbox"/> välivaihe sairaalasta kotiin <input type="checkbox"/> kuntoutus <input type="checkbox"/> muu syy, mikä?	<input type="checkbox"/> virkistys <input type="checkbox"/> saunominen <input type="checkbox"/> asumiseen liittyvät järjestelyt
TOIVOTTU AIKA	_____	
ASIAKASMAKSU	<input type="checkbox"/> päiväkeskusmaksu € , sisältyy ohjauksen, viriketoiminnan, lounaan ja päiväkahvin <input type="checkbox"/> kuljetusmaksu € <input type="checkbox"/> intervallijaksomaksu 30 €/hoitopäivä	
LISÄTIETOJA	<input type="checkbox"/> Lähiomainen <input type="checkbox"/> Laskutusosoite, ellei sama _____	
ALLE- KIRJOITUS	Tietojani saa luovuttaa yhteistyötahoille Paikka ja aika Hakijan allekirjoitus _____ / ____ 20__ _____	