



**Kainuun maakunta -kuntayhtymä**  
Sosiaali- ja terveystoimi  
Vanhuspalvelut  
Kotona asumista tukevat palvelut

## ILMOITUSLOMAKE SIJAISOMAISHOIDOSTA

Hoidettavan nimi \_\_\_\_\_ hetu \_\_\_\_\_

Sijaishoitaja \_\_\_\_\_

### Omaishoitajan vapaa (3vrk/kk)

Hoitoajat:

pvm

kellon aika

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Paikka ja päiväys \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **20** \_\_\_\_\_

Omaishoitajan allekirjoitus \_\_\_\_\_  
nimenselvennys

Sijaishoitajan allekirjoitus \_\_\_\_\_  
nimenselvennys

---

Maksetaan (viranhaltija täyttää)

Hoitopalkkio \_\_\_\_\_

Hyväksyn \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **20** \_\_\_\_\_

Viranhaltijan allekirjoitus \_\_\_\_\_  
nimenselvennys

---

Ilmoitus sijaishoidosta tulee tehdä **kuluvan kuukauden viimeiseen päivään mennessä** ja aina kirjallisesti tätä lomaketta käyttäen. Lomake lähetetään alueen kotihoidon ohjaajalle.