

HAKEMUS TOIMINTAKESKUSPALVELUIHIN

Vammaisten palveluohjaus

Mielenterveyskuntoutujien palveluohjaus



Viranomaisen täyttää:

Hakemus saapunut:

HAKIJA	Etu- ja sukunimi		Henkilötunnus
	Puhelin	Muu yhteystieto	Kotikunta
	Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
YHTEYSHENKILÖT Omaisien, edunvalvojan tai muun sellaisen henkilön yhteystiedot, johon voi tarvittaessa ottaa yhteyttä	Yhteyshenkilön etu- ja sukunimi		Puhelin
	Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
TIETOA HAKIJAN VAMMASTA TAI SAIRAUDESTA	Hakija on/ hakijalla on <input type="checkbox"/> mielenterveyskuntoutuja <input type="checkbox"/> liikuntavamma <input type="checkbox"/> aivovamma <input type="checkbox"/> päihdekuntoutuja <input type="checkbox"/> näkövamma <input type="checkbox"/> muu, mikä _____ <input type="checkbox"/> kehitysvammainen <input type="checkbox"/> kuulovamma _____		
PALVELUN/TUEN TARVE	Päivä- ja työtoimintapalvelujen tarve <input type="checkbox"/> Työtoimintakeskuspalvelujen tarve _____ pv/vko. Alkaen _____ <input type="checkbox"/> Päivätoimintapalvelujen tarve _____ pv/vko. Alkaen _____		
TOIMINTAKESKUS PALVELUJEN TARPEEN PERUSTELUT JA TAVOITTEET			
HAKIJAN TÄLLÄ HETKELLÄ SAAMAT PALVELUT	<input type="checkbox"/> kotihoito <input type="checkbox"/> muu palvelu, mikä _____ <input type="checkbox"/> asumispalvelut <input type="checkbox"/> ei palvelua _____		
MUUTA HUOMIOITAVAA Jatka tarvittaessa kääntöpuolelle			
ALLEKIRJOITUS JA LUPA TIETOJEN HANKKIMISEEN	Annan luvan lisätietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei		
	Vakuutan tässä hakemuksessa antamani tiedot oikeiksi		

	Paikka	Aika	
Asiakkaan / edunvalvojan allekirjoitus		Nimenselvennys	

PALAUTUS**Perusturvaliikelaitos Saarikka**

Mielenterveyskuntoutujien palveluohjaaja
c/o Aloha Tietotalo
Virastotie 4
43500 Karstula
Puh. 044 4597035

Perusturvaliikelaitos Saarikka

Vammaisten palveluohjaaja
PL 13
43101 Saarijärvi
Puh. 044 4598214