

Vammaispalvelut

Viranomaisen täyttää:
Hakemus saapunut: _____

HAKIJAN HENKILÖTIEDOT	Suku- ja etunimet		Henkilötunnus
	Puhelin	Muu yhteystieto	Kotikunta
	Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Perhesuhde <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> avio- / avoliitto <input type="checkbox"/> leski <input type="checkbox"/> eronnut		
YHTEYSHENKILÖN TIEDOT <small>Sellaisen henkilön tiedot, johon voi tarvittaessa ottaa yhteyttä</small>	Suku- ja etunimi		
	Puhelin	Sukulaisuussuhde	
EDUNVALVOJA	Suku- ja etunimi		Puhelin
	Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
VAMMA/SAIRAUS JOKA AIHEUTTAA KULJETUS- PALVELUN TARPEEN			
SELVITYS MITEN VAMMA/SAIRAUS VAIKEUTTAA LIIKKUMISTA	Perustelkaa, miten sairautenne / vammanne vaikeuttaa liikkumistanne		
KULJETUS- PALVELUN KÄYTTÖTARVE	<input type="checkbox"/> Asioimis- ja virkistysmatkat		Yhdensuuntaisia matkoja kuukaudessa matkaa
	<input type="checkbox"/> Työmatkat Työnantaja:		Yhdensuuntaisia matkoja kuukaudessa matkaa
	<input type="checkbox"/> Opiskelumatkat Oppilaitos ja opiskeluaika:		Yhdensuuntaisia matkoja kuukaudessa matkaa

Vammaispalvelut

KÄYTÖSSÄ OLEVAT LIKKUMISEN APUVÄLINEET	<input type="checkbox"/> Keppi / kyynärsauvat <input type="checkbox"/> Rollaattori <input type="checkbox"/> Pyörätuoli <input type="checkbox"/> Muu, mikä _____
LIIKUNTAKYKY	Kuinka pitkän kokonaismatkan pystytte kävelemään? metriä Tarvitsetteko saattajaa liikkumisessa kodin ulkopuolella? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä Missä asioissa _____ Pystyttekö liikkumaan julkisilla liikennevälineillä <input type="checkbox"/> Yksin <input type="checkbox"/> Saattajan kanssa <input type="checkbox"/> En lainkaan, miksi? _____
MUUT TIEDOT	Kuinka pitkä matka asunnostanne on lähimmälle linja-autopysäkille? metriä Onko perheessänne auto? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Ajatteko itse autoa? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En Onko teille myönnetty vammaispalvelulain perusteella avustusta oman auton hankintaan? <input type="checkbox"/> Kyllä, milloin _____ <input type="checkbox"/> Ei Oletteko hakeneet sosiaalihuoltolain mukaista kuljetuspalvelua? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Olen hakenut, ei myönnetty
LISÄTIETOJA	
HAKEMUKSEN VAHVISTAMINEN	Suostun tarvittavien lisätietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Vakuutan tässä hakemuksessa antamani tiedot oikeiksi <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> _____ Paikka </div> <div style="text-align: center;"> _____ Aika </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> _____ Asiakkaan / edunvalvojan allekirjoitus </div> <div style="text-align: center;"> _____ Nimenselvennys </div> </div>
HAKEMUKSEN PALAUTUS	Perusturvaliikelaitos Saarikka Vammaispalvelun sosiaalityöntekijä PL 13 43101 Saarijärvi puh. 044-4598323
Liitteet	<input type="checkbox"/> Lääkärinlausunto <input type="checkbox"/> Muu asiantuntijan lausunto
Ennen päätöksen tekemistä sovitaan henkilökohtaisesta tapaamisajasta. Hakemukseen tulee liittää lääkärintausunto tai muun terveydenhuollon asiantuntijan selvitys liikkumisen ja muun toimintakyvyn rajoitteista ja kuljetuspalvelun tarpeesta.	