

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 Sellaisen henkilön tiedot, johon voi tarvittaessa ottaa yhteyttä	Suku- ja etunimi		
	Puhelin	Sukulaisuussuhde	
EDUNVALVOJA	Suku- ja etunimi		Puhelin
	Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
VAMMA/SAIRAUS, JONKA PERUSTEELLA PALVELUJA HAETAAN			
HAETTAVAT VAMMAISPALVELUT	<input type="checkbox"/> Kuljetuspalvelut <input type="checkbox"/> Henkilökohtainen apu <input type="checkbox"/> Asunnon muutostyöt <input type="checkbox"/> Palveluasuminen <input type="checkbox"/> Päivätoiminta <input type="checkbox"/> Asuntoon kuuluvat välineet ja laitteet, mitä: _____ <input type="checkbox"/> Ylimääräiset ravintokustannukset <input type="checkbox"/> Ylimääräiset vaatekustannukset <input type="checkbox"/> Sopeutumisvalmennus <input type="checkbox"/> Autoavustus / auton apuvälineet / muutostyöt <input type="checkbox"/> Muu palvelu tai taloudellinen tukitoimi, mikä: _____		
KÄYTÖSSÄ OLEVAT PALVELUT	<input type="checkbox"/> Kotihoitopalvelut <input type="checkbox"/> Ateriapalvelut <input type="checkbox"/> Kuljetuspalvelut <input type="checkbox"/> Henkilökohtainen apu <input type="checkbox"/> Kotisairaanhoidopalvelut <input type="checkbox"/> Työ- / päivätoiminta <input type="checkbox"/> Omaishoidontuki <input type="checkbox"/> Siivouspalvelu <input type="checkbox"/> Tukihenkilö <input type="checkbox"/> Muu palvelu, mikä: _____		
ASUMINEN	<input type="checkbox"/> Omakotitalo <input type="checkbox"/> Muu, mikä: _____ <input type="checkbox"/> Rivi- tai kerrostalo <input type="checkbox"/> Palvelukoti		

Vammaispalvelut

PERUSTELUT HAETTAVIEN PALVELUJEN TARPEELLE	Perustelkaa, miksi tarvitsette hakemianne palveluja.
KUSTANNUKSET	Arvioidut kustannukset tai erillinen kustannusarvio (mikäli ovat tiedossa)
KORVAUKSET TAI AVUSTUKSET	Saatteko korvausta tai avustusta jostain muualta <input type="checkbox"/> liikennevakuutus <input type="checkbox"/> sotilasvammalaki <input type="checkbox"/> tapaturmavakuutus <input type="checkbox"/> hoito- / vammaistuki _____ € / kk <input type="checkbox"/> muualta, mistä: _____
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; margin-top: 10px;"> <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 <input type="checkbox"/> Kustannusarvio
Ennen päätöksen tekemistä sovitaan henkilökohtaisesta tapaamisajasta. Hakemukseen tulee liittää lääkärinlausunto tai muun terveydenhuollon asiantuntijan lausunto palvelujen tarpeesta.	