

Hakemus saapunut ____/____/20__

Palvelutarpeen selvitys alkoi ____/____/20__

HAKIJAN HENKILÖTIEDOT

Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
Lähiosoite, postinumero ja -toimipaikka	
Siviilisääty Naimaton <input type="checkbox"/> Avioliitossa <input type="checkbox"/> Avoliitossa <input type="checkbox"/> Eronnut <input type="checkbox"/> Erossa asuva <input type="checkbox"/> Leski <input type="checkbox"/>	
Puhelinnumero koti/matkapuhelin	Sähköpostiosoite

KULJETUSPALVELU, JOTA HAETAAN

Mitkä ovat ne asioimiskohteet, joihin tarvitsette kuljetuspalvelua? (Esim. kauppa, posti, pankki, apteekki)
Montako yhdensuuntaista matkaa tarvitsette kuukaudessa? _____ kpl

TOIMINTAKYKYYN VAIKUTTAVAT ASIAT (Esim. vamma tai sairaus tms.)

Vamma ja/tai sairaus
Apuväline, joka Teillä on säännöllisesti mukana liikkuessanne kodin ulkopuolella
<input type="checkbox"/> kyynärsauvat <input type="checkbox"/> keppi <input type="checkbox"/> rollaattori/kävelyteline
<input type="checkbox"/> pyörätuoli <input type="checkbox"/> sähköpyörätuoli/-mopo <input type="checkbox"/> happirikastin/hengityslaite
<input type="checkbox"/> muu, mikä? _____
<input type="checkbox"/> Ei mitään
Tarvitsetteko apua päivittäisissä toiminnoissa?
<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Kuka auttaa? _____

ELINOLOSUHTEITA JA LIIKKUMISTA KOSKEVAT TIEDOT

Asutteko yksin?
<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Kenen kanssa? _____
Asun <input type="checkbox"/> kerrostalossa <input type="checkbox"/> rivitalossa/pientalossa <input type="checkbox"/> omakotitalossa
Onko talossanne riittävän tilava hissi?
<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Miten liikutte sisällä asunnossanne?

Miten selviydytte portaista?

Miten liikutte ulkona?

Kuinka pitkän matkan pystytte kävelemään ulkona vaikeuksitta?

Kesällä _____metriä Talvella _____metriä

Tarvitsetteko apua kaupassa, postissa tai muiden asioiden hoidossa kodin ulkopuolella?

Ei Kyllä Kuka auttaa? _____

Asuntonne sijainti palvelujen ja liikenneyhteyksien kannalta?
(Esim. välimatkat lähimmälle pysäkille)

Mitä erityistarpeita Teillä on auton koon tai varustelun suhteen?

Onko Teillä saattaja mukana?

Aina Ei koskaan

Toisinaan. Milloin? _____

Onko perheessänne auto?

Onko lähipiirissä henkilö, joka auttaa kuljetuksessa?

Kyllä Ei Kuka yleensä auttaa? _____

Saatteko palvelua tai korvausta samaan tarkoitukseen muualta, mistä? (Vakuutusyhtiö, Potilasvahinkolautakunta, eläkevakuutusyhtiö, Vammaispalvelu, Tullin autoveron palautus jne.)

LISÄTIEDOT Jatkakaa tarvittaessa käänntöpuolelle tai erilliselle liitteelle

SUOSTUMUS

- 1) Hakemustani käsittelevä työntekijä voi muilta viranomaisilta pyytää sellaisia minua koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemukseni käsittelyssä tarpeellisia.
- 2) Hakemukseni voidaan käsitellä sosiaalihuollon moniammatillisessa työryhmässä, johon kuuluu lääkäri ja fysioterapeutti sekä vammaispalvelun sosiaalityöntekijä, sosiaaliohjaaja, palvelupäällikkö ja palvelujohtaja

Suostun En suostu _____

Asiakastiedot rekisteröidään sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmään. Näitä tietoja ei luovuteta ilman asiakkaan suostumusta. Asiakkaalla on oikeus häntä koskevien tietojen tarkistamiseen ja korjaamiseen. Tämän palvelun järjestämisessä noudatetaan Lakia sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista.

ALLEKIRJOITUS

Päiväys ____/____ 20____

_____ Hakijan allekirjoitus ja nimen selvennys

Hakemuksen teossa avustanut henkilö (nimi, puhelin, virka-asema, sukulaisuussuhde):

Tarvittaessa lääkärintodistus, josta selviää hakijan vammaisuus / sairaudet