

Hakemus saapunut ____ / ____ 20__

Palvelutarpeen selvitys alkoi ____ / ____ 20__

HAKIJAN HENKILÖTIEDOT

Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
Lähiosoite, postinumero ja -toimipaikka	
Siviilisäätö 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

kynänsauvat keppi rollaattori/kävelyteline
 pyörätuoli sähköpyörätuoli/-mopo happirikastin/hengityslaitte
 muu, mikä?
 ei mitään

Tarvitsetteko apua päivittäisissä toiminnoissa?
 Ei Kyllä, kuka auttaa? _____

ELINOLOSUhteita JA LIKKUMISTA KOSKEVAT TIEDOT

Asutteko yksin?
 Kyllä Ei, kenen kanssa? _____

Asun
 omakotitalossa
 rivitalossa/pientalossa
 kerrostalossa, onko talossanne riittävän tilava hissi? Kyllä Ei

Miten liikutte sisällä asunnossanne?

Miten selviydte portaista?

Miten liikutte ulkona?

Kuinka pitkän matkan pystytte kävelemään ulkona vaikeuksista?
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? Ei Kyllä

Onko lähipiirissä henkilö, joka auttaa kuljetuksessa?

Ei Kyllä, kuka yleensä auttaa? _____

Saatteko palvelua tai korvausta samaan tarkoitukseen muualta? Ei Kyllä, mistä? Vakuutusyhtiö

Potilasvahinkolautakunta Eläkevakuutusyhtiö Vammaispalvelu Tullin autoveron palautus

jokin muu, mikä _____

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.

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

Aika ____/____ 20____ paikka hakijan allekirjoitus ja nimen selvennys

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

Liitteenä lääkärintodistus (tarvittaessa), josta selviää hakijan vammaisuus/sairaudet.

Hakemus lähetetään osoitteeseen:

yli 65-vuotiaat: Peruspalvelukuntayhtymä Kallio / Palveluneuvonta, Vierimaantie 3 (Origo), 84100 Ylivieska

alle 65-vuotiaat: Peruspalvelukuntayhtymä Kallio / Vammaispalvelut / Sosiaalityöntekijä, Vierimaantie 5, 84100 Ylivieska