

HAKEMUS VAIKEAVAMMAISTEN KULJETUSPALVELU

Saapumispäivä _____

HAKIJAN HENKILÖ- TIEDOT	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite	Postinumero ja postitoimipaikka
	Puhelin	Ammatti
	<input type="checkbox"/> Asun yksin <input type="checkbox"/> Asun _____ kanssa	

KULJETUS- PALVELU JOTA HAETAAN	Haen kuljetuspalvelua seuraaviin matkoihin: <input type="checkbox"/> Asioimis- ja virkistysmatkat <input type="checkbox"/> Työmatkat <input type="checkbox"/> Opiskelumatkat Miten hoidatte asiointimatkanne tällä hetkellä? _____ _____
	Kuljetuspalvelua haetaan <input type="checkbox"/> Taksikuljetuksena <input type="checkbox"/> Invataksikuljetuksena
	Matkojen tarve kuukaudessa <input type="checkbox"/> Tavallinen taksi _____ yhdensuuntaista matkaa kuukaudessa <input type="checkbox"/> Invataksi _____ yhdensuuntaista matkaa kuukaudessa

LIKKUMISEN ESTEET	Vamma / sairaus: _____ _____
	Tarvitsetteko liikkuessanne saattajaa tai apuvälineitä <input type="checkbox"/> Ei mitään <input type="checkbox"/> Keppi <input type="checkbox"/> Pyörätuoli <input type="checkbox"/> Kepit / kynärsauvat <input type="checkbox"/> Saattaja <input type="checkbox"/> Rollaattori <input type="checkbox"/> Muu, mikä _____
	Pystyn liikkumaan julkisilla kulkuneuvoilla Yksin Saattajan kanssa <input type="checkbox"/> Linja-autolla <input type="checkbox"/> Linja-autolla <input type="checkbox"/> En voi käyttää linja-autoa tai Palia <input type="checkbox"/> Palilla <input type="checkbox"/> Palilla

TOIMINTA-KYKY	<p>Saatteko kotihoidon palveluita?</p> <p><input type="checkbox"/> Kyllä, kuinka monta kertaa viikossa _____</p> <p><input type="checkbox"/> En</p> <p>Saatteko Kelan maksaa hoito- tai vammaistukea?</p> <p><input type="checkbox"/> Kyllä</p> <p><input type="checkbox"/> En</p> <p>Onko perheessänne auto? Ajatteko autoa itse?</p> <p><input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Kyllä</p> <p><input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> En</p>
----------------------	---

ALLE-KIRJOITUS	<p><input type="checkbox"/> Suostun tarvittaessa tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista § 14 – 20)</p> <p>Päiväys Allekirjoitus</p>
-----------------------	---

Hakemukseen tarvitaan liitteeksi lääkärinlausunto. Puutteellisesti täytettyä hakemusta ei voida käsitellä, eikä sen pohjalta tehdä päätöstä. Pyydetty liitteet on toimitettava hakemuksen käsittelyä ja päätöksen tekoa varten.

Palautusosoite:

Varkauden kaupunki
Aalto Hyvinvointikeskus/
Vammaispalvelut
Savontie 55
78300 VARKAUS