



1. HAKIJAN HENKILÖTIEDOT

Sukunimi ja etunimet			
Henkilötunnus		Ammatti	
Lähiosoite			Postinumero ja -toimipaikka
Puhelin kotiin	Puhelin toimeen	Matkapuhelin	Sähköposti

2. KULJETUSPALVELU JOTA HAETAAN

Vammaispalvelulain nojalla voidaan myöntää kuljetuspalvelua asiointi- ja virkistysmatkoihin oman kunnan ja lähikuntien alueella

Tarvitsen kuljetuspalveluita:

- Oman kunnan alueella _____ kpl/kk
- Lähikuntiin _____ kpl/kk
- Sosiaalihuoltoasetuksen 9 §:n mukainen kotona asumista tukeva kuljetuspalvelu _____ kpl/kk

3. VAMMAISUUTTA JA SAIRAUTTA KOSKEVAT TIEDOT

Vamma ja/tai sairaus

Apuväline, joka Teillä on säännöllisesti mukana liikkuessanne kodin ulkopuolella

- Pyörätuoli Rollaattori/kävelyteline Kyynärsauvat Keppi
- Sähköpyörätuoli/sähkömopo Happirikastin/hengityslaite
- Muu, mikä ? _____

Kuinka pitkän matkan metreinä pystytte kävelemään ulkona vaikeuksista

- Kesällä metriä Talvella metriä

Mikäli joudutte jostakin syystä odottamaan kuljetusta sisällä tai ulkona, tarvitsetteko erityisjärjestelyjä, esim. istumapaikka tai muita järjestelyjä ?

- Tarvitsen sopivan istumapaikan
- Täytyy noutaa sisältä
- Tarvitsen muita järjestelyjä, mitä _____
- Alle 10 minuutin odotukseen ei tarvita erityisjärjestelyjä

Näkövammaisen henkilö täyttää:

Puuttuuko Teiltä näkövammasta johtuen suuntausnäkö vieraassa ympäristössä?

- Kyllä Ei

4. ELINOLOSUHTEITA KOSKEVAT TIEDOT

Asutteko yksin? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En	Asuntoni on <input type="checkbox"/> Kerrostalossa <input type="checkbox"/> 1-kerroksessa <input type="checkbox"/> 2-kerroksessa <input type="checkbox"/> 3-kerroksessa <input type="checkbox"/> Rivitalossa <input type="checkbox"/> Omakotitalossa
Bruttotulot kuukaudessa _____ € (Sosiaalihuoltoasetuksen mukainen kuljetuspalvelu)	
Miten liikutte sisällä asunnossanne? Miten selviydte portaista? Asuntonne sijainti palvelujen ja liikenneyhteyksien kannalta? Matka lähimmälle pysäkillä _____ km Palvelujen sijainti _____ km	
Tarvitsetteko apua kaupassa, postissa tai muiden asioiden hoitamisessa kodin ulkopuolella? <input type="checkbox"/> Kyllä Kuka auttaa ? _____ <input type="checkbox"/> En	
Käykö Teillä kotipalvelun / kotisairaanhoidon työntekijä tai joku muu avustaja? <input type="checkbox"/> Kotipalvelu _____ krt/viikko <input type="checkbox"/> Kotisairaanhoido _____ krt/viikko <input type="checkbox"/> Muu apu _____ krt/viikko Kuka? _____	

5. LIKKUMINEN

Mitä liikennevälinettä käytätte asioimis- tai vapaa-ajan matkoilla? <input type="checkbox"/> Julkiset joukkoliikennevälineet _____ krt/viikko <input type="checkbox"/> Taksi _____ krt/viikko <input type="checkbox"/> Oma auto _____ krt/viikko <input type="checkbox"/> Invataksi _____ krt/viikko <input type="checkbox"/> Sukulaiset/ystävät kuljettavat _____ krt/viikko <input type="checkbox"/> Polkupyörä _____ krt/viikko	
Tarvitsetteko taksikuljettajan tai toisen henkilön antamaa apua lähtö- tai määräpaikassa? <input type="checkbox"/> Kyllä, aina <input type="checkbox"/> Kyllä toisinaan, milloin ? <input type="checkbox"/> Ei	Onko Teillä saattaja mukana? <input type="checkbox"/> Kyllä, aina <input type="checkbox"/> Kyllä toisinaan, milloin ? <input type="checkbox"/> Ei Kuka yleensä saattaa?
Onko perheessänne auto ? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	Oletteko saanut autoveron palautusta/VpL:n mukaista tukea <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei

6. SUOSTUMUS

Hakemustani käsittelevä työntekijä voi muilta viranomaisilta pyytää sellaisia minua koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemukseni käsittelyssä välttämättömiä. <input type="checkbox"/> Suostun <input type="checkbox"/> En suostu
--

7. ALLEKIRJOITUS

Paikka ja päivämäärä / 20	Hakijan allekirjoitus ja nimen selvennys
---------------------------------------	--

8. LIITTEET

Lääkärintodistus

Asiakastiedot rekisteröidään Raahen seudun hyvinvointi kuntayhtymän asiakastietojärjestelmään.