



MUHOKSEN KUNTA
Sosiaali- ja terveystoimi
PL 39
91501 MUHOS

HAKEMUS/TARKISTUS
Vaikeavammaisten
henkilöiden kuljetuspalvelu

Kuljetuspalvelua saavat VAIKEAVAMMAISET henkilöt, joilla on erityisiä vaikeuksia liikkumisessa ja jotka eivät vammansa tai sairautensa vuoksi voi käyttää julkisia kulkuvälineitä ilman kohtuuttoman suuria vaikeuksia.

Hakijan henkilö-tiedot	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite ja postinumero	Puhelinnumero
	Siviilisääty <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> Avio/avoliitossa <input type="checkbox"/> Leski <input type="checkbox"/> Eronnut	Huollettavien lasten lukumäärä
	Asuntotyyppi <input type="checkbox"/> Tavallinen asunto <input type="checkbox"/> Tavallinen asunto, jossa vammaisvarustus <input type="checkbox"/> Vaikeavammaisten palveluasunto <input type="checkbox"/> Muu palveluasunto <input type="checkbox"/> Muu, mikä	Samassa taloudessa asuvat
Päivittäinen toiminta	<input type="checkbox"/> Kotona <input type="checkbox"/> Ansiotyössä <input type="checkbox"/> Työtoiminnassa <input type="checkbox"/> Käy koulua tai opiskelee	<input type="checkbox"/> Lapsille järjestetyn päivätoiminnan piirissä <input type="checkbox"/> Muussa järjestetyssä päivätoiminnassa <input type="checkbox"/> Muu, mikä? _____
Liikkumis-vaikeus	Kuvaile millaisia vaikeuksia liikkumisessanne esiintyy	
	Mitä apuvälineitä käytätte liikkumisessanne	
Oman auton käyttö	Onko perheessä omaa autoa? <input type="checkbox"/> Ei ole <input type="checkbox"/> On hakijalla <input type="checkbox"/> On muulla perheenjäsenellä	
	Jos perheessä on auto, voidaanko sitä käyttää hakijan matkoihin?	
	Onko hakijan autoon saatu <input type="checkbox"/> autoveronpalautus <input type="checkbox"/> autoavustus _____ € Sosiaalivirastosta <input type="checkbox"/> autoavustus _____ € Kelalta	

Kuljetus- palvelun tarve	<input type="checkbox"/> Asioimis- ja virkistysmatkoja _____ kpl yhdensuuntaista matkaa/kk, joista lähikuntien alueille suuntautuvia yhdensuuntaisia matkoja _____ kpl/kk.
	<input type="checkbox"/> Työmatkoja _____ kpl yhdensuuntaista matkaa/kk. Työpaikka ja työaika (päivittäinen/viikoittainen työaika) _____
	<input type="checkbox"/> Opiskelumatkoja _____ kpl yhdensuuntaista matkaa/kk. Opiskelupaikka, -ala ja opiskeluaika _____
	Minä aikana vuodesta voitte liikkua ilman kuljetuspalvelua? (kuukaudet) <input type="checkbox"/> en koskaan
Hoitajan tarve	Käykö kotiavustaja? Kuinka usein?
	Käykö kotisairaanhoitaja? Kuinka usein?
	Onko puolisoa, sukulaista tai tuttavaa, joka hoitaa asiointiasiat?
	Onko saamanne apu riittävä?
Saattajan tarve	Saattaja on tarpeellinen, jos taksin/invataksin apu ei riitä.
	Onko saattaja välttämätön käytettäessä kuljetuspalvelua?
	Voitteko käyttää julkisia kulkuvälineitä saattajan avulla?
	Onko tiedossanne henkilöä, joka voi toimia saattajana?
	Toivomuksia kuljetus- ja saattopalvelujen järjestämiseksi sekä mahdolliset lisätiedot?
Allekirjoitus	Paikka, aika ja hakijan allekirjoitus _____ / _____ 20 _____

Mikäli tämä on ensimmäinen vammaispalveluun toimittamanne hakemus, tulee teidän liittää mukaan lääkärinlausunto.

Tarkistuksen liitteeksi

tarvitaan uusi lääkärinlausunto ei tarvita uutta lääkärinlausuntoa