

**Haettava kuljetuspalvelu**

**Vammaispalvelulain mukainen kuljetuspalvelu**

Palvelua voi saada vaikeavammaisen henkilö, jolla on pitkäaikaisesti erityisiä vaikeuksia liikkumisessa ja joka ei voi vammansa tai sairautensa vuoksi käyttää julkisia joukkoliikennevälineitä ilman erityisiä tai kohtuuttoman suuria vaikeuksia.

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

**Sosiaalihuoltolain mukaiset liikkumista tukevat palvelut**

Sosiaalihuoltolain mukaisia liikkumista tukevia palveluja järjestetään henkilöille, jotka eivät kykene itsenäisesti käyttämään julkisia liikennevälineitä sairauden, vamman tai muun vastaavanlaisen toimintakykyä alentavan syyn takia, ja jotka tarvitsevat palvelua asioimisen tai muun jokapäiväiseen elämään kuuluvan tarpeen vuoksi. Mikäli haette sosiaalihuoltolain mukaista liikkumista tukevaa palvelua, täyttäkää myös tuloseselvitysloMAKE.

**1. Hakijan henkilötiedot**

Sukunimi ja etunimet	
Henkilötunnus	Ammatti
Osoite	Postinumero ja postitoimipaikka
Puhelinnumero	Sähköpostiosoite
Perhesuhde <input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> Avoliitossa <input type="checkbox"/> Avioliitossa <input type="checkbox"/> Asumiserossa/erossa asuva <input type="checkbox"/> Eronnut <input type="checkbox"/> Leski <input type="checkbox"/> Rekisteröity parisuhde	

**2. Asuminen**

<input type="checkbox"/> Kerrostalon/luhtitalon kerroksessa	<input type="checkbox"/> Rivitalossa
<input type="checkbox"/> Omakotitalossa	<input type="checkbox"/> Muussa, missä
Onko talossanne riittävän tilava hissi <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
Huollettavien lasten lukumäärä	
Samassa taloudessa asuvat	

**3. Päivittäinen toiminta**

<input type="checkbox"/> Kotona	<input type="checkbox"/> Ansiotyössä	<input type="checkbox"/> Työtoiminnassa
<input type="checkbox"/> Opiskelee	<input type="checkbox"/> Lapsille järjestetyn päivätoiminnan piirissä	
<input type="checkbox"/> Muussa järjestetyssä päivätoiminnassa		
<input type="checkbox"/> Muu, mikä?		

**4. Liikkumisvaikeus**

Kuvailekaa millaisia vaikeuksia liikkumisessanne esiintyy
---



## KULJETUSPALVELUHAKEMUS

Saapunut

Vastaanottaja

Käytössä olevat apuvälineet

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pyörätuoli      | <input type="checkbox"/> Rollaattori/Kävelyteline | <input type="checkbox"/> Kynärsauvat              |
| <input type="checkbox"/> Sähköpyörätuoli | <input type="checkbox"/> Valkoinen keppi          | <input type="checkbox"/> Muu, mikä?               |
| <input type="checkbox"/> Happirikastin   | <input type="checkbox"/> Kävelykeppi              | <input type="checkbox"/> En tarvitse apuvälineitä |

### 5. Oman auton käyttö

Onko perheessänne/taloudessanne auto

- On hakijalla       on muulla perheenjäsenellä       Ei ole

Jos perheessä/taloudessa on auto, voidaanko sitä käyttää hakijan matkoihin?

- Kyllä       Ei, miksi?

Hakijan autoon on saatu

- Autoveron palautus      euroa       Autoavustus      euroa      Milloin avustus saatu (pvm)

### 6. Omaisilta saatava kuljetuksen apu

Kuka auttaa?

### 7. Kuljetuspalvelun tarve

- Asioimis- ja virkistysmatkoja      kpl yhdensuuntaista matkaa kuukaudessa

Matkojen tarkoitus (täytetään haettaessa sosiaalihuoltolain mukaista kuljetuspalvelua):

- Työmatkoja      kpl yhdensuuntaista matkaa kuukaudessa

Työpaikka ja työaika (päivittäinen / viikoittainen työaika):

- Opiskelumatkoja      kpl yhdensuuntaista matkaa kuukaudessa

Opiskelupaikka, opiskelualue ja opiskeluaika:

Minä aikana vuodesta voitte liikkua ilman kuljetuspalvelua (kuukaudet)?

- En koskaan

### 8. Hoitajan tarve

Käykö kotihoidon työntekijä?

- Kyllä, kuinka usein       Ei

Voiko kotihoidon käynnejä korvata kuljetuspalvelua lisäämällä?

- Kyllä       Ei

Käykö kotisairaanhoidossa?

- Kyllä, kuinka usein       Ei

Onko puolisoa, sukulaista tai tuttavaa, joka hoitaa asiointiasianne

- Kyllä       Ei



## KULJETUSPALVELUHAKEMUS

Saapunut

Vastaanottaja

### 9. Saattajan tarve

En tarvitse  Kyllä, mutta vain autoon nousemisessa ja poistumisessa

Kyllä, minut on noudettava asunnostani. Miksi?

Kyllä koko matkan ajan. Miksi?

Voitteko käyttää julkisia kulkuvälineitä saattajan avulla?

Kyllä  En

Onko tiedossanne henkilöä, joka voi toimia saattajana?

Kyllä  Ei

Ketkä ovat tähän mennessä saattaneet teitä ja riittääkö heiltä saatu apu?

### 10. Mahdolliset lisätiedot

--

### 11. Allekirjoitus

Paikka ja päivämäärä	Hakijan allekirjoitus ja nimen selvennys
Täytetään, mikäli allekirjoittaja ei ole palvelunsaaja	
Puhelinnumero	Sähköpostiosoite
Onko hakijalla edunvalvoja?	
<input type="checkbox"/> Kyllä	Edunvalvojan nimi ja puhelinnumero
<input type="checkbox"/> Ei	