

Saapumispäivämäärä \_\_\_\_\_

## 1. HAKIJAN HENKILÖTIEDOT

Sukunimi ja etunimet	
Henkilötunnus	Ammatti
Osoite	Postinumero ja postitoimipaikka
Puhelinnumero	Sähköpostiosoite
Lähiomainen tai edunvalvoja, nimi- ja yhteystiedot	
Kotipaikka väestökirjalain mukaan	

## 2. HAETTAVA PALVELU

<b>Vammaispalvelulain nojalla haettava palvelu</b>	
<input type="checkbox"/> Sopeutumisvalmennus	<input type="checkbox"/> Asunnon muutostyöt ja asuntoon kuuluvat välineet ja laitteet
<input type="checkbox"/> Palveluasuminen	<input type="checkbox"/> Päivittäisissä toiminnoissa tarvittavat välineet, laitteet ja koneet
<input type="checkbox"/> Henkilökohtainen apu (lisäselvitys kohtaan 3)	<input type="checkbox"/> Ylimääräisen vaatetuksen kustannukset
<input type="checkbox"/> Vaikeavammaisen päivätoiminta	<input type="checkbox"/> Kuljetuspalvelu
<input type="checkbox"/> Tukihenkilö	Haettavat kustannukset yllämainituista, jos tiedossa:
<input type="checkbox"/> Muu, mikä:	
<b>Kehitysvammalain nojalla haettava palvelu</b>	
<input type="checkbox"/> Vammaisneuvolan palvelu	<input type="checkbox"/> Perhehoito
<input type="checkbox"/> Päivähoito kuntoutuksellisista syistä	<input type="checkbox"/> Asumispalvelu
<input type="checkbox"/> Koululaisten aamu- ja iltapäivähoito sekä loma-ajan hoito	<input type="checkbox"/> Työ- ja päivätoiminnan palvelu
<input type="checkbox"/> Lyhytaikaishoito	<input type="checkbox"/> Tuetun työllistymisen palvelu
<input type="checkbox"/> Tukihenkilö	<input type="checkbox"/> Laitoshoito
	<input type="checkbox"/> Muu, mikä:
<b>Sosiaalihuoltolain nojalla haettava palvelu</b>	
<input type="checkbox"/> Asumispalvelu	<input type="checkbox"/> Lyhytaikaishoito
<input type="checkbox"/> Työ- ja päivätoiminta	<input type="checkbox"/> Muu, mikä:
<input type="checkbox"/> Liikkumista tukeva palvelu	
Omaishoidon tukea haetaan erillisellä lomakkeella	

Saapumispäivämäärä \_\_\_\_\_

Vamma tai sairaus
Saatteko palvelua tai korvausta vammanne tai sairauden perusteella? Mistä ja mitä? (esim. vakuutusyhtiö)
Missä asioissa tarvitsette apua vamman tai sairauden vuoksi?
Millä tavalla haettava palvelu auttaisi selviytymistänne?
Keneltä saatte apua/hoidoa päivittäisissä toimissa?
Saatteko kotipalvelua/kotihoitoa? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En  Jos saatte, niin mihin asioihin ja kuinka paljon?

### 3. HENKILÖKOHTAINEN APU

Mihin tarkoitukseen tarvitsette henkilökohtaista apua vammanne tai sairautenne vuoksi?
Kuinka monta tuntia viikossa tai kuukaudessa haette henkilökohtaista apua?

Saapumispäivämäärä \_\_\_\_\_

## SUOSTUMUS

Hakemustani käsittelevä työntekijä voi muilta viranomaisilta pyytää sellaisia minua koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemukseni käsittelyssä tarpeellisia

Suostun       En suostu

## ALLEKIRJOITUS

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

## LIITTEET

- Lääkärintodistus (Tarvitaan ensimmäistä kertaa vammaistyön palvelua haettaessa tai mikäli vammanne haitta on oleellisesti muuttunut)
- Kustannusarvio
- Asiantuntijalausunto

Asiakastietonne rekisteröidään sosiaali- ja terveystieteiden asiakastietojärjestelmään. Järjestelmän rekisteriseloste on nähtävissä toimistoissa.