



## KULJETUSPALVELUHAKEMUS

Saapunut

Vastaanottaja

### 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 asioiden 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?		

### Hakemuksen palautus:

Limingan kunta / Sosiaalipalvelut  
Liminganraitti 4, 91900 Liminka





## KULJETUSPALVELUHAKEMUS

Saapunut

Vastaanottaja

### 4. Liikkumisvaikeus

Kuvaillkaa millaisia vaikeuksia liikkumisessanne esiintyy

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <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 sosiaalihoitolain mukaista kuljetuspalvelua):

- Työmatkoja      kpl yhdensuuntaista matkaa kuukaudessa

Työpaikka ja työaika (päivittäinen / viikoittainen työaika):

- Opiskelumatkoja      kpl yhdensuuntaista matkaa kuukaudessa

Opiskelupaikka, opiskeluala ja opiskeluaika:

Minä aikana vuodesta voitte liikkua ilman kuljetuspalvelua (kuukaudet)?

- En koskaan

### Hakemuksen palautus:

Limingan kunta / Sosiaalipalvelut  
Liminganraitti 4, 91900 Liminka





## KULJETUSPALVELUHAKEMUS

Saapunut

Vastaanottaja

### 8. Hoitajan tarve

Käykö kotihoidon työntekijä?

Kyllä, kuinka usein

Ei

Voiko kotihoidon käyntejä korvata kuljetuspalvelua lisäämällä?

Kyllä

Ei

Käykö kotisairaanhoidossa?

Kyllä, kuinka usein

Ei

Onko puolisoa, sukulaista tai tuttavaa, joka hoitaa asiointiasianne

Kyllä

Ei

### 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?

Kyllä

Edunvalvojan nimi ja puhelinnumero

Ei

### Hakemuksen palautus:

Limingan kunta / Sosiaalipalvelut  
Liminganraitti 4, 91900 Liminka

