

<b>Perusturvalautakunta</b> <b>Keskustie 2 – 4</b> <b>12100 OITTI</b>	<b>VAMMAISPALVELULAIN MUKAISEN</b> <b>KULJETUSPALVELUN HAKEMUS</b> Saapunut: ____/____/20____
---	---

### 1. HAKIJAN HENKILÖTIEDOT

Sukunimi ja etunimet	
Henkilötunnus	Ammatti
Osoite	Postinumero ja postitoimipaikka
Puhelinnumero(t) virka-aikana	Kotipaikka väestötietojen mukaan
Sähköposti	Tekstipuhelin

### 2. KULJETUSPALVELUN TARVE

Haen kuljetuspalvelua seuraaviin matkoihin:

Työmatkat, täyttäkää kohta 5                       Opiskelumatkat, täyttäkää kohta 6

Asiointi- ja vapaa-ajan matkat

Mitkä ovat ne asiointi- tai virkistysmatkat, joihin haette kuljetuspalvelua?

### 3. VAMMAISUUTTA JA SAIRAUTTA KOSKEVAT TIEDOT

3.1. Vamma(t) ja/tai sairaus(det)

Onko Teillä erityisiä vaikeuksia kommunikoinnissa? (esim. puheen tuottaminen tai ymmärtäminen)

Ei  
 Kyllä, minkälaisia?

Onko Teillä lääkärin toteama allergia tai hengenahdistus, joka on otettava huomioon kuljetusta järjestettäessä?

Ei  
 Kyllä, millaisissa tilanteissa allergiaa/ahdistusta esiintyy?

Käytättekö ulkona liikkuessanne apuvälineitä?

Ei  
 Kyllä, mitä?

Kuinka pitkän matkan pystytte kävelemään ulkona apuvälineiden kanssa?

\_\_\_\_\_

**Näkövammaisen henkilö täyttää** (Näkövammaan laadusta tarvitaan erillinen lääkärin lausunto.)

Puuttuuko Teiltä näkövammasta johtuen suuntausnäkö vieraassa ympäristössä?

Ei  Kyllä

Oletteko saaneet näkövammaan vuoksi liikkumistaidon ohjausta?

Ei  Kyllä

**4. ELINOLOSUHTEET JA LIIKKUMISTA KOSKEVAT TIEDOT**

Asuntonne on

kerrostalossa, monesko kerros?  
 rivitalossa  
 omakotitalo

Asutteko yksin?

Kyllä  
 En, kenen kanssa?

Onko talossanne hissi?

Kyllä  
 Ei

Tarvitsetteko apua päivittäisissä toimissa?  
(esim. kotitaloustöissä, peseytymisessä,  
pukeutumisessa ja/tai riisumisessa)

Ei  
 Kyllä, kuka auttaa?

Tarvitsetteko apua asioiden hoidossa kodin  
ulkopuolella?

Ei  
 Kyllä, kuka auttaa?

Onko teillä vaikeuksia sisällä asunnossanne  
liikkuessa?

Ei  
 Kyllä, minkälaisia?

Onko teillä vaikeuksia ulkona liikkuessa?

Ei  
 Kyllä, minkälaisia?

Onko teillä vaikeuksia portaissa liikkuessa?

Ei  
 Kyllä, minkälaisia?

Mitä liikennevälinettä tavallisesti käytätte?

Julkinen liikenne (bussi, juna, palvelulinja)  
 En voi käyttää julkisia liikennevälineitä, miksi?

Oma auto  
 Taksi  
 Muu, mikä?

Oletteko saaneet autoveron palautusta tai vammaispalvelulain mukaista autoavustusta?

Ei  Kyllä, mitä?

Tarvitsetteko toisen henkilön/ saattajan antamaa apua kodin ulkopuolella liikkuessanne?

Ei  
 Kyllä, millaista ja kuka auttaa/saattaa?

**5. ANSIOTYÖ (täyttäkää vain, jos olette työelämässä)**

<input type="checkbox"/> Toisen palveluksessa		<input type="checkbox"/> Itsenäinen ammatinharjoittaja	
Työnantaja		Työpaikan osoite	
Työpäivien lukumäärä kuukaudessa		Päivittäinen työaika	
Saatteko avustusta työmatkoihinne muualta? Mistä ja millaista?			
Antakaa selvitys matkareitistänne <b>kohdassa 7.</b>			

**6. OPISKELU (täyttäkää vain, jos opiskelette)**

Oppilaitoksen nimi		Oppilaitoksen osoite	
Opintojen alkamispäivämäärä		Opintojen päättymispäivämäärä	
Opiskelupäivien lukumäärä kuukaudessa		Saatteko avustusta opiskelumatkoihin muualta, mistä?	
Jos opiskelupaikkoja on useita tai opiskelutilat vaihtuvat päivän aikana siten, että siirtymiseen tarvitaan kuljetuspalvelua, kertokaa asiasta tarkemmin			

**7. LISÄTIEDOT**

--

## 8. SUOSTUMUS

Hakemukseni käsitellään vammaistyön arviointitiimissä. Suostun siihen, että hakemustani käsittelevä työntekijä voi muilta viranomaisilta pyytää sellaisia minua koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemukseni käsittelyssä välttämättömiä.

(Yli 65-vuotiaille) Suostun siihen, että hakemukseni käsittelyssä tarvittavat tiedot liittyen terveydentilaani ja palveluntarpeeseeni voidaan tallettaa Hausjärven kunnan perusturvakeskuksen, Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymän ja Kanta-Hämeen keskussairaalan osittain yhteisesti pidettävään asiakasrekisteriin.

Suostun

En suostu

## 9. ALLEKIRJOITUS

Paikka ja päivämäärä  _____  _____/_____/20____	Hakijan allekirjoitus ja nimenselvennys  _____  _____
---	---

## 10. HAKEMUKSEN TÄYTTÄMISESSÄ AVUSTANUT HENKIÖ

Nimi  _____	
Virka-asema/ muu suhde  _____	Puhelinnumero  _____

## 11. LIITTEET

1. Lääkärintodistus lomakkeella: "LÄÄKÄRINLAUSUNTO kuljetuspalvelun hakemista varten", joita saa Hausjärven sosiaalitoimistosta tai Internet-osoitteesta: <http://www.hausjarvi.fi/Hausjarvi/>
2. Todistukset opiskelusta ja työpaikasta