



saapunut ____ / ____ 200__

1. HAKIJAN HENKILÖTIEDOT

Sukunimi ja etunimet			
Henkilötunnus		Ammatti	
Lähiosoite		Postinumero ja -toimipaikka	
Puhelin kotiin	Puhelin toimeen	Matkapuhelin	Sähköposti

2. KULJETUSPALVELU, JOTA HAETAAN

Vammaispalvelulain nojalla voidaan myöntää kuljetuspalvelua asiointi- ja virkistysmatkoihin oman kunnan ja lähikuntien alueella.

Tarvitsen kuljetuspalvelua

Jalasjärvellä _____ kpl/kk

lähikuntiin _____ kpl/kk

3. VAMMAISUUTTA JA SAIRAUTTA KOSKEVAT TIEDOT

Vamma ja/tai sairaus

Apuväline, joka Teillä on säännöllisesti mukana liikkeessanne kodin ulkopuolella

Pyörätuoli Keppi Kyynärsauvat Rollaattori/kävelyteline

Sähköpyörätuoli/sähkömopo Happirikastin/hengityslaite

Muu, mikä?

Kuinka pitkän matkan metreinä pystytte kävelemään ulkona vaikeuksista?

Kesällä _____ metriä Talvella _____ metriä

Mikäli joudutte jostain syystä odottamaan kuljetusta sisällä tai ulkona, tarvitsetteko erityisjärjestelyjä, esim. istumapaikka tai muita järjestelyjä?

Tarvitsen sopivan istumapaikan

Täytyy noutaa sisältä

Tarvitsen muita järjestelyjä, mitä? _____

Alle 10 minuutin odotukseen ei tarvita muita järjestelyjä

Näkövammaisen henkilö täyttää:

Puuttuuko Teiltä näkövammasta johtuen suuntausnäkö vieraassa ympäristössä?

Kyllä Ei

4. ELINOLOSUHTEITA KOSKEVAT TIEDOT

Asutteko yksin?	Asuntoni on
<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Kerrostalossa <input type="checkbox"/> 1. kerroksessa <input type="checkbox"/> 2. kerroksessa <input type="checkbox"/> 3. kerroksessa
<input type="checkbox"/> En	<input type="checkbox"/> Rivitalossa
	<input type="checkbox"/> Omakotitalossa

Miten liikutte sisällä asunnossanne?

Miten selviydytte portaista?

Asuntonne sijainti palvelujen ja liikenneyhteyksien kannalta?

Matka lähimmälle pysäkille _____ km Palvelujen sijainti _____ km

Tarvitsetteko apua kaupassa, postissa tai muiden asioiden hoitamisessa kodin ulkopuolella?

Kyllä Kuka auttaa? _____
 En

Käykö Teillä kotipalvelun / kotisairaanhoidon työntekijä tai joku muu avustaja?

Kotipalvelu _____ krt/vko Kotisairaanhoido _____ krt/vko

Muu apu _____ krt/vko, Kuka? _____

5. LIIKKUMINEN

Mitä liikennevälineitä käytätte asioimis- tai vapaa-ajan matkoilla?

Julkiset joukkoliikennevälineet _____ krt/vko Taksi _____ krt/vko

Oma auto _____ krt/vko Invataksi _____ krt/vko

Sukulaiset/ystävät kuljettavat _____ krt/vko Polkupyörä _____ krt/vko

<p>Tarvitsetteko taksikuljettajan tai toisen henkilön antamaa apua lähtö- tai määräpaikassa?</p> <p><input type="checkbox"/> Kyllä, aina <input type="checkbox"/> Kyllä, toisinaan, milloin? <input type="checkbox"/> En</p>	<p>Onko Teillä saattaja mukana?</p> <p><input type="checkbox"/> Kyllä, aina <input type="checkbox"/> Kyllä, toisinaan, milloin? <input type="checkbox"/> Ei</p> <p>Kuka yleensä saattaa?</p>
<p>Onko perheessänne auto?</p> <p><input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei</p>	<p>Oletteko saanut autoveron palautusta / VpL:n mukaista tukea?</p> <p><input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei</p>

6. SUOSTUMUS

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

Suostun En suostu

7. ALLEKIRJOITUS

<p>Paikka ja päivämäärä</p> <p>_____ / _____ 200__</p>	<p>Hakijan allekirjoitus ja nimen selvennys</p> <p>_____</p>
--------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

6. LIITTEET

Lääkärintodistus

Asiakastiedot rekisteröidään perusturvaosaston asiakastietojärjestelmään.