

<b>Hakijan Henkilötiedot</b>	Sukunimi	Etunimet	
	Henkilötunnus	Siviilisäätö Naimaton      Avioliitossa      Avioliitossa Eronnut      Erossa asuva      Leski	
	Lähiosoite	Postinumero ja -toimipaikka	
	Puhelinnumero koti/matkapuhelin	Sähköpostiosoite	
	Pankki ja tilinumero		
<b>Kuljetuspalvelu, jota haetaan</b>	Haen kuljetuspalvelua seuraaviin matkoihin <input type="checkbox"/> työmatkat <input type="checkbox"/> opiskelumatkat <input type="checkbox"/> asioimis- ja vapaa-ajan matkat		
	Mitkä ovat ne asioimiskohteet, joihin tarvitsette kuljetuspalvelua? Esim. kauppa, posti, pankki, apteekki.		
	Montako yhdensuuntaista matkaa tarvitsette kuukaudessa? _____ kpl		
<b>Vammaisuutta ja sairautta koskevat tiedot</b>	Vamma ja/tai sairaus		
	Käytättekö apuvälineitä? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä _____		
	Apuväline, joka Teillä on säännöllisesti mukana liikkuessanne kodin ulkopuolella <input type="checkbox"/> kyynärsauvat <input type="checkbox"/> keppi <input type="checkbox"/> rollaattori/kävelyteline <input type="checkbox"/> pyörätuoli <input type="checkbox"/> sähköpyörätuoli/-mopo <input type="checkbox"/> happirikastin/hengityslaite <input type="checkbox"/> muu, mikä? _____		
	Tarvitsetteko apua päivittäisissä toiminnoissa? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä. Kuka auttaa?		
<b>Elinolosuhteita ja liikkumista koskevat tiedot</b>	Asutteko yksin? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei. Kenen kanssa? _____		
	Asun <input type="checkbox"/> kerrostalossa <input type="checkbox"/> rivitalossa/pientalossa <input type="checkbox"/> omakotitalossa	Onko talossanne riittävän tilava hissi? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
	Miten liikutte sisällä asunnossanne?		

	Miten selviydte portaista?
	Miten liikutte ulkona?
	Kuinka pitkän matkan pystytte kävelemään ulkona vaikeuksitta? Kesällä _____ metriä Talvella _____ metriä
	Tarvitsetteko apua kaupassa, postissa tai muiden asioiden hoidossa kodin ulkopuolella? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä Kuka auttaa? _____
	Asuntonne sijainti palvelujen ja liikenneyhteyksien kannalta? (Esim. välimatkat lähimmälle pysäkille, asuin ympäristön maasto, palvelujen sijainti)
	Mitä erityistarpeita Teillä on vammaanne/liikkumisvaikeuksienne vuoksi auton koon tai varustelun suhteen?
	Onko Teillä saattaja mukana? <input type="checkbox"/> Aina <input type="checkbox"/> Toisinaan. Milloin? _____ <input type="checkbox"/> Ei koskaan
	Kuka yleensä auttaa? _____
	Onko perheessänne auto? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
	Oletteko saanut autoveronpalautusta/ vammaispalvelulain mukaista tukea? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
<b>Lisätiedot</b>	Jatkakaa tarvittaessa erilliselle liitteelle
<b>Suostumus</b>	1) Hakemustani käsittelevä työntekijä voi muilta viranomaisilta pyytää sellaisia minua koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemukseni käsittelyssä tarpeellisia. 2) Hakemukseni voidaan käsitellä vammaispalvelun moniammatillisessa työryhmässä, johon kuuluu lääkäri, fysioterapeutti, vammaispalvelun sosiaalityöntekijä, sosiaaliohjaaja ja vammaispalvelun palvelupäällikkö. <input type="checkbox"/> Suostun <input type="checkbox"/> En suostu
<b>Allekirjoitus</b>	Päiväys _____ Hakijan allekirjoitus ja nimen selvennys _____ _____/_____/20____
<b>Liitteet</b>	<input type="checkbox"/> Lääkärintodistus, josta selviää hakijan vaikeavammaisuus (tarvitaan vammaispalvelua ensimmäistä kertaa haettaessa tai olosuhteiden muuttuessa)