

Asiakastietonne rekisteröidään sosiaali- ja terveystoimen asiakastietojärjestelmään.

1. HAKIJAN HENKILÖTIEDOT

Sukunimi ja etunimet:	
Henkilötunnus:	Ammatti:
Osoite:	Postinumero:
Matkapuhelin:	Sähköpostiosoite:
Kotipaikka väestötietolain mukaan:	
Mikä on äidinkielenne? <input type="checkbox"/> 1 Suomi <input type="checkbox"/> 2 Ruotsi <input type="checkbox"/> 3 Viittomakieli <input type="checkbox"/> 4 Muu, mikä? _____	

2. KULJETUSPALVELU JOTA HAETAAN

<p>Haetteko sosiaalihuoltolain vai vammaispalvelulain mukaista kuljetuspalvelua? Huom! Valitkaa vain yksi vaihtoehto.</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Haen sosiaalihuoltolain mukaista kuljetuspalvelua alentuneen toimintakyvyn, rasittuneisuuden, sairauden, vamman tai vastaavanlaisen muun syyn perusteella, täyttäkää myös kohta 7.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Haen vammaispalvelulain mukaista vaikeavammaisen kuljetuspalvelua pitkäaikaisen erityisiä suoriutumisvaikeuksia aiheuttavan vamman tai sairauden perusteella.</p> <p>2.1 Haen vammaispalvelulain mukaista kuljetuspalvelua seuraaviin matkoihin</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Työmatkat, täyttäkää kohta 5 <input type="checkbox"/> 2. Opiskelumatkat, täyttäkää kohta 6 <input type="checkbox"/> 3. Asioimis- ja vapaa-ajan matkat</p> <p>3. Arvio matkojen tarpeesta / kk _____ kpl (yhdensuuntainen matka)</p>

Mitkä ovat ne asioimiskohteet, joihin tarvitsette kuljetuspalvelua?

3. VAMMAISUUTTA JA SAIRAUTTA KOSKEVAT TIEDOT

Vamma ja/tai sairaus

Liittäkää hakemukseen enintään puoli vuotta vanha lääkärinlausunto, josta ilmenee liikumis- ja toimintakykynne.

Näkövammaisen henkilö täyttää:

Puuttuuko Teiltä näkövammasta johtuen suuntausnäkö vieraassa ympäristössä?

Kyllä Ei

Onko Teillä erityisiä vaikeuksia kommunikoinnissa tai puheen tuottamisessa? Pystyttekö esim. kertomaan kuljettajalle tai kuljetustilauksen vastaanottajalle matkanne määränpään?

1 Normaali 2 Epäselvä puhe 3 Käytätte viittomia

4 Jokin muu kommunikoinnin apuväline, mikä? _____

4. ELINOLOSUHTEITA JA LIIKKUMISTA KOSKEVAT TIEDOT

Asuntoni on

kerrostalossa, mikä kerros? _____

rivitalossa pientalossa

Onko talossanne hissi?

1 Kyllä 2 Ei

Miten selviydytte portaissa? _____

Asutteko yksin? <input type="checkbox"/> 1 Kyllä <input type="checkbox"/> 2 Ei	
Tarvitsetteko apua kotona päivittäisissä toiminnoissa? <input type="checkbox"/> 1 Kyllä <input type="checkbox"/> 2 Ei	
Kuka auttaa? _____	
Tarvitsetteko apua kaupassa, pankissa tai muiden asioiden hoidossa kodin ulkopuolella? <input type="checkbox"/> 1 Kyllä <input type="checkbox"/> 2 Ei	
Kuka auttaa? _____	
Käytättekö apuvälineitä? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
Apuväline, joka Teillä on säännöllisesti mukana liikkuessanne ulkona	
<input type="checkbox"/> Pyörätuoli <input type="checkbox"/> Rollaattori/Kävelyteline <input type="checkbox"/> Kynärsauvat <input type="checkbox"/> Keppi <input type="checkbox"/> Sähköpyörätuoli/sähkömopo <input type="checkbox"/> Happirikastin/hengityslaite <input type="checkbox"/> Muu, mikä? _____	
Kuinka pitkän matkan pystytte kävelemään ulkona?	
Apuvälineen kanssa	Ilman apuvälinettä
Kesällä _____ m	Kesällä _____ m
Talvella _____ m	Talvella _____ m
Onko perheessänne auto? <input type="checkbox"/> 1 Ei <input type="checkbox"/> 2 Kyllä	
Oletteko saanut autoveron palautusta/VpL:n mukaista tukea? <input type="checkbox"/> 1 Ei <input type="checkbox"/> 2 Kyllä	
Mitä liikennevälinettä käytätte tällä hetkellä asioimis- tai vapaa-ajanmatkoilla?	
<input type="checkbox"/> 1 Julkinen joukkoliikenneväline (bussi, juna) <input type="checkbox"/> 2 Taksi <input type="checkbox"/> 3 Invataksi <input type="checkbox"/> 4 Oma auto <input type="checkbox"/> 5 Sukulaisen/tuttavan auto	
Kuinka usein käytätte julkista joukkoliikennevälinettä?	
_____ kertaa viikossa _____ kertaa kuukaudessa _____ kertaa vuodessa	
<input type="checkbox"/> en voi käyttää julkisia joukkoliikennevälineitä, miksi ei?	

<p>Kuinka pitkä matka kotoanne on lähimmälle bussipysäkille?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Voitteko käyttää julkista liikennevälinettä saattajan avulla?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Kyllä</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Kyllä joskus, millaisissa tilanteissa? _____</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Ei koskaan, miksi ei? _____</p>
<p>Tarvitsetteko taksinkuljettajan tai toisen henkilön antamaan apua lähtö- tai määräpaikassa?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Kyllä, aina</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Ei</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Kyllä toisinaan, millaista apua? _____</p> <p>_____</p>
<p>Tarvitsetteko apua esim. autoon nousemisessa tai siitä poistuttaessa?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Kyllä, millaista apua? _____</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Ei</p>
<p>Mitä erityistarpeita Teillä on vammanne/liikkumisvaikeutenne vuoksi auton koon tai varustelun suhteen?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

5. ANSIOTYÖ (Täytetään vain silloin, kun haetaan työmatkoja)

<p><input type="checkbox"/> 1 Toisen palveluksessa <input type="checkbox"/> 2 Itsenäinen ammatinharjoittaja</p> <p>Työnantaja: _____</p> <p>Työpaikan osoite: _____</p> <p>Työpäivien määrä kuukaudessa : _____</p> <p>Päivittäinen työaika: _____</p> <p>Saatteko avustusta työmatkoihinne muualta, mistä? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--

6. OPISKELU (Täytetään vain silloin, kun haetaan opiskelumatkoja)

Oppilaitoksen nimi: _____

Oppilaitoksen osoite: _____

Jos opiskelupaikkoja on yhtä aikaa useita tai opiskelutilat vaihtuvat päivän aikana siten, että siirtymisiin tarvitaan kuljetuspalveluja, kertokaa asiasta tarkemmin kohdassa 8.

Opintojen alkamispäivämäärä: _____

Opintojen päättymispäivämäärä: _____

Opiskelupäivien lukumäärä kuukaudessa: _____

Saatteko avustusta opiskelumatkoihinne muualta, mistä? _____

7. TULOTIEDOT (Täytetään vain silloin kun haetaan sosiaalihoitolain mukaista kuljetuspalvelua)

Hakijan tulot nettona	Puolison tulot nettona
Kansaneläke _____ €/kk	_____ €/kk
Muut eläkkeet _____ €/kk	_____ €/kk
Muut tulot _____ €/kk	_____ €/kk

Liittäkää hakemukseen kopio tiliotteesta tai eläkepäätöksestä, josta selviää nettotulonne.

8. LISÄTIEDOT

Kirjoittakaa tarvittaessa paperin kääntöpuolelle.

9. HAKEMUKSEN TÄYTTÄMISESSÄ AVUSTANUT HENKIÖ

Nimi: _____

Virka-asema tai sukulaisuussuhde: _____

Puhelinnumero: _____

10. SUOSTUMUS

Hakemustani käsitellään moniammatillisessa arviointityöryhmässä, jossa on viranhaltijoita sosiaali- ja terveystoimesta. Hakemustani käsittelevät työntekijät voivat pyytää kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollosta sekä muilta viranomaisilta sellaisia minua koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemukseni käsittelyssä välttämättömiä. Suostumus on voimassa vain kyseisen hakemuksen käsittelyn ajan ja se lakkaa automaattisesti käsittelyn loputtua. (Laki sosiaali- huollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) 14 - 20 §)

 Suostun En suostu Haluan itse toimittaa pyydettyt terveydentilaani koskevat tiedot**11. LIITTEET** Lääkärintodistus, josta ilmenee kuljetus- palvelun tarve (enintään puoli vuotta vanha) Työnantajan todistus työsuhteesta ja sen jatkumisesta mikäli anotte työmatkoja Oppilaitoksen todistus, mikäli anotte opiskelumatkoja Muu liite, mikä?

12. PALVELUSUUNNITELMAN LAADINTA

Palvelusuunnitelma on yhteenveto ja suunnitelma niistä **vammaispalvelulain** mukaisista palveluista ja tukitoimista, joita **vammainen** ja/tai **pitkäaikaissairas** henkilö tarvitsee selviytyäkseen jokapäiväisessä elämässä. Palvelusuunnitelmassa kuvataan yksityiskohtaisesti vammaisen henkilön nykytilannetta ja hänen saamiaan palveluja ja tukitoimia, kartoitetaan asiakkaan tilanne ja laaditaan suunnitelma tulevaisuutta varten.

Palvelusuunnitelma laaditaan, ellei kyseessä ole tilapäinen neuvonta tai ohjaus tai jollei suunnitelma ole muutoin ilmeisen tarpeeton. Asiakkaalla on myös oikeus kieltäytyä palvelusuunnitelman laatimisesta. **Palvelusuunnitelman laatimisesta kieltäytyminen ei estä kuljetuspalveluhakemuksen käsittelemistä.** Palvelusuunnitelman laatimisessa ovat mukana ensisijaisesti asiakas ja kunnan vammaispalvelujen työntekijä sekä tarvittaessa asiakkaan huoltaja/omainen ja muita yhteistyötahoja. Suunnitelma tarkistetaan määräajoin. Palvelusuunnitelma ei ole hallintopäätös eikä asiakas voi sen perusteella vaatia siihen kirjattuja palveluja itselleen. Palvelujen myöntämisestä tehdään erikseen päätökset hakemusten perusteella.

Keravan kaupungin kotihoidon ja omaishoidontuen palvelujen sekä kuntoutus- ja apuvälinepalvelujen työntekijät asiakas tavoittaa kaupungin vaihteen kautta, p. (09) 29 491.

Haluan että minuun otetaan yhteyttä vammaispalvelulain mukaisen palvelusuunnitelman laatimiseksi.

Palvelusuunnitelman laadinta on tällä hetkellä tarpeeton.

Lisätietoja antavat:

vammaispalvelun sosiaaliohjaaja p. 040 318 2598, puhelinaika arkisin klo 8.30-9.30
toimistosihiteeri p. 040 318 2227

12. ALLEKIRJOITUS

Paikka ja päivämäärä:

Hakijan allekirjoitus ja nimenselvennys:

Mikäli teille myönnetään kuljetuspalvelu ja maksuvälineeksi annetaan kaupunkikortti, tietonne rekisteröidään maksukorttijärjestelmään.

Hakemus palautetaan osoitteeseen:

**Sosiaali- ja terveystieteiden
Vammaispalvelut
Terveystieteiden
Metsolantie 2 A, 3. krs
04200 Kerava**