

Hakemuksen saapumispvm _____

Kuljetuspalvelua saavat **VAIKEAVAMMAISET** henkilöt, joilla on erityisiä vaikeuksia liikkumisessa ja jotka eivät vammansa tai sairautensa vuoksi voi käyttää julkisia kulkuvälineitä ilman kohtuuttoman suuria vaikeuksia.

Hakijan henkilö-tiedot Hakemus	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite ja postinumero	Puhelinnumero
	Siviilisäätö <input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> Avio/avoliitto <input type="checkbox"/> Leski <input type="checkbox"/> Eronnut	Huollettavien lasten lukumäärä
	Asuntotyyppi <input type="checkbox"/> Tavallinen asunto <input type="checkbox"/> Tavallinen asunto, jossa vammaisvarustus <input type="checkbox"/> Vaikeavammaisten palveluasunto <input type="checkbox"/> Muu palveluasunto <input type="checkbox"/> Muu, mikä _____	Samassa taloudessa asuvat
Päivittäinen toiminta	<input type="checkbox"/> Kotona <input type="checkbox"/> Ansiotyössä <input type="checkbox"/> Työtoiminnassa <input type="checkbox"/> Käy koulua tai opiskelee _____	<input type="checkbox"/> Lapsille järjestetyn päivätoiminnan piirissä <input type="checkbox"/> Muussa järjestetyssä päivätoiminnassa <input type="checkbox"/> Muu, mikä _____
Liikkumisvaikeus	Kuvailkaa millaisia vaikeuksia liikkumisessanne esiintyy	
	Mitä apuvälineitä käytätte liikkumisessanne?	
Oman auton käyttö	Onko perheessä autoa? <input type="checkbox"/> Ei ole <input type="checkbox"/> On hakijalla <input type="checkbox"/> On muulla perheenjäsenellä	
	Jos perheessä on auto, voidaanko sitä käyttää hakijan matkoihin?	
	Onko hakijan autoon saatu <input type="checkbox"/> autoveropalautus _____ euroa <input type="checkbox"/> autoavustus _____ euroa sosiaalivirastosta	

Käännä →

Kuljetus palvelun tarve	<input type="checkbox"/> Asioimis- ja virkistysmatkoja _____ kpl yhdensuuntaista matkaa/kk
	<input type="checkbox"/> Työmatkoja _____ kpl yhdensuuntaista matkaa/kk Työpaikka ja työaika (päivittäinen/viikoittainen työaika) _____
	<input type="checkbox"/> Opiskelumatkoja _____ kpl yhdensuuntaista matkaa/kk Opiskelupaikka, -ala ja opiskelu-aika _____
	Minä aikana vuodesta voitte liikkua ilman kuljetuspalvelua (kuukaudet) <input type="checkbox"/> en koskaan
Saattajan tarve	Onko saattaja välttämätön käyttäessänne kuljetuspalvelua?
	Voitteko käyttää julkisia kulkuvälineitä saattajan avulla?
	Onko tiedossanne henkilöä, joka voi toimia saattajana?
	Mahdolliset lisätiedot
Lääkärin lausunto	Olen toimittanut lääkärinlausunnon vaikea vammaisuudestani ja liikuntaesteisyydestäni: <input type="checkbox"/> tämän hakemuksen mukana <input type="checkbox"/> vuonna _____ <input type="checkbox"/> en ole toimittanut
Allekirjoitus	Paikka, aika ja allekirjoitus _____/____/20____ Mikäli tämä on ensimmäinen vammaispalveluun toimittamanne hakemus, tulee teidän liittää mukaan lääkärinlausunto, ensisijaisesti alueenne terveysaseman omalääkäriltä.

Palautusosoite

Vammaispalvelut
Savonjantie 2
92600 Pulkila

Lisätiedot sosiaaliohjaaja Salla Mettala puh. 040 1719 180