

PL 71
08101 Lohja

Saapunut _____

Vanhus/vammaisen (sosiaalihuoltolain mukainen kuljetuspalvelu, bruttotiedot/kk liitettävä hakemukseen mukaan)

Hakemuksen palautusosoite: Lohjan kaupunki, Ikääntyneiden palvelut, Palveluohjaus, PL 71 (Ojamonkatu 34), 08101 Lohja

Vaikeavammaisen hakija (vammaispalvelulain mukainen kuljetuspalvelu)

Hakemuksen palautusosoite: Lohjan kaupunki, Vammaispalvelut, PL 71 (Karstuntie 4), 08101 Lohja

Hakijan henkilötiedot

Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
Osoite	Puhelin
Äidinkieli <input type="checkbox"/> Suomi <input type="checkbox"/> Ruotsi <input type="checkbox"/> Viittomakieli <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	Kotipaikka väestötietolain mukaan
Ammatti	Sähköpostiosoite

Asuminen

Asun <input type="checkbox"/> Yksin <input type="checkbox"/> Toisen henkilön kanssa
Asuntoni on <input type="checkbox"/> Kerrostalossa, kerros <input type="checkbox"/> Rivitalossa <input type="checkbox"/> Pientalossa
Onko talossasi hissi? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Miten selviydyt portaissa?

Vamma/sairaus

Vamma/diagnoosi

Päivittäinen toiminta

<input type="checkbox"/> Kotona <input type="checkbox"/> Opiskelee <input type="checkbox"/> Ansiotyössä <input type="checkbox"/> Työtoiminnassa
<input type="checkbox"/> Lasten päivähoidossa <input type="checkbox"/> Muussa päivätoiminnassa <input type="checkbox"/> Muu, mikä?

Liikkumisvaikeus

Kuvaile millaisia vaikeuksia liikkumisessasi esiintyy

Käytätkö apuvälineitä liikkuessasi?

Kyllä En

Apuväline, joka on säännöllisesti mukana liikkuessasi kodin ulkopuolella?

Keppi tai kävelysauvat Pyörätuoli Rollaattori / kävelyteline Kyynärsauvat
 Sähköpyörätuoli / sähkömopo Happirikastin / hengityslaitte Muu, mikä?

Kuinka pitkän matkan metreinä pystyt kävelemään ulkona vaikeuksista?

Kesällä metriä Talvella metriä

Miten liikut sisällä asunnossa?

Oman auton käyttö

Onko perheessäsi auto?

Kyllä Ei ole

Mikäli perheessä / taloudessa on auto, voidaanko sitä käyttää matkoiksi?

Kyllä Ei, miksi?

Autoon on saatu

Autoveron palautus Autoavustus

Kuljetuspalvelun tarve

Asioimis- ja virkistysmatkoja kpl yhdensuuntaista matkaa kuukaudessa

Matkojen tarkoitus: _____

Työmatkoja kpl yhdensuuntaista matkaa kuukaudessa

Työpaikka ja työaika: _____

Opiskelumatkoja kpl yhdensuuntaista matkaa kuukaudessa

Opiskelupaikka, opiskeluala ja opiskeluaika?

Avun ja palvelujen tarve

Tarvitsetko apua kotona päivittäisissä toiminnoissa?	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei
Kuka auttaa? _____		
Tarvitsetko apua kaupassa, pankissa tai muiden asioiden hoidossa kodin ulkopuolella?		
<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei		
Kuka auttaa? _____		

Saattajan tarve

Tarvitsetko saattajaa käyttäessäsi kuljetuspalvelua?	
<input type="checkbox"/> En tarvitse	
<input type="checkbox"/> Kyllä, mutta vain autoon nousemisessa ja poistumisessa	
<input type="checkbox"/> Kyllä, minut on noudettava asunnostani. Miksi? _____	
<input type="checkbox"/> Kyllä, koko matkan. Miksi? _____	
Voitko käyttää julkista liikennevälinettä tai palvelu- ja kutsuliikennettä saattajan avulla?	
<input type="checkbox"/> Kyllä	
<input type="checkbox"/> Toisinaan. Millaisissa tilanteissa? _____	
<input type="checkbox"/> Ei koskaan. Miksi ei? _____	
Onko tiedossasi henkilöä, joka voi toimia saattajana?	

Muuta

Oletko kokeillut palvelu- ja kutsuliikenteen käyttöä?	
<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Kyllä, mutta en voi käyttää palvelu- ja kutsuliikennettä.	
Miksi? _____	
<input type="checkbox"/> Ei	
Mitä erityistarpeita sinulla on vammasi / liikkumisvaikeutesi vuoksi auton koon tai varustelun suhteen?	

Näkövammaisen henkilö täyttää

Puuttuuko sinulta näkövammasta johtuen suuntausnäkö vieraassa ympäristössä?

Kyllä Ei

Oletko saanut näkövamman vuoksi liikkumistaidon ohjausta? Kyllä Ei

Mahdolliset lisätiedot**Allekirjoitus**

Paikka ja aika

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Hakemuksen täyttämisen avustanut henkilö (yhteystiedot)

Onko sinulla edunvalvoja?

Kyllä Edunvalvojan nimi ja yhteystiedot:

Ei

Hakemukseni käsitellään moniammatillisessa arviointityöryhmässä.
Suostun tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta.

Liitteet

Hakemuslomakkeen lisäksi sinun tulee antaa selvitys terveydentilastasi ja toimintakyvystäsi
Vain pyydettyä tulee toimittaa lääkärinlausunto.

- Epikriisi (=hoidon päätyttyä asiakkaalle lähetetty selostus taudin kulusta ja hoidosta)
- Työnantajan todistus työsuhteesta ja sen jatkumisesta, mikäli anot työmatkoja
- Oppilaitoksen todistus, mikäli anot opiskelumatkoja
- Sosiaalihuoltolain mukaista kuljetuspalvelua haettaessa tulokset selvitys
- Muu liite, mikä?

Tuloselvitys sosiaalihuoltolain mukaisen kuljetuspalvelun hakemista varten**Hakijan henkilötiedot (palvelun saaja)**

Sukunimi	Etunimet	Henkilötunnus
Kotiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
Puhelin kotiin	Ammatti	

Hakijan avio- /avopuolison henkilötiedot

Sukunimi	Etunimet	Henkilötunnus
Kotiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
Puhelin kotiin	Ammatti	

Tuloerittely

	Hakijan bruttotulot, euroa kuukaudessa	Avio-/avopuolison bruttotulot, euroa kuukaudessa
Palkkatulot kuukaudessa		
Kansaneläke (ilman asumistukea, rintamalisää ja ylimääräistä rintamalisää)		
Työeläke, maksaja		
maksaja		
maksaja		
Muu eläke		
Rintamalisä ja/tai ylimääräinen rintamalisä		
Vuokratulot		
Korko- ja osinkotulot		
Muut tulot		
Sotilasvammalain mukainen korvaus		
Sotilasvamman haittaprosentti (%)		
Rintamatunnus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tulot yhteensä		

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi ja hyväksyn, että ne tarkistetaan

Allekirjoitus

Paikka ja aika	Hakijan allekirjoitus ja nimenselvennys
----------------	---