



SIILINJÄRVI

Siilinjärven kunta
Sosiaali- ja vammaispalvelut

HAKEMUS/TARKISTUS

VAIKEAVAMMAISTEN HENKILÖIDEN KULJETUSPALVELU

Hakemuksen saapumispäivä ___/___

postitse jätetty toimistoon

Hakijan henkilötiedot	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite ja postitoimipaikka	Puhelinnumero
	Siviilisäätö <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> avio/avoliitossa <input type="checkbox"/> leski <input type="checkbox"/> eronnut	Huollettavien lasten lkm
	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
Liikkumis- vaikeus	Kuvaile millaisia vaikeuksia liikkumisessanne esiintyy	
	Mitä apuvälineitä käytätte liikkumisessanne? <input type="checkbox"/> Ei apuvälineitä <input type="checkbox"/> Keppi/kävelysauvat <input type="checkbox"/> Pyörätuoli <input type="checkbox"/> Opaskoira <input type="checkbox"/> Rollaattori <input type="checkbox"/> Kyynär-/kainalosauvat <input type="checkbox"/> Sähköpyörätuoli/-mopo <input type="checkbox"/> Saattaja	
Oman auton käyttö	Onko perheessänne 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"/> autoveronpalautus <input type="checkbox"/> autoavustus _____ € sosiaalivirastosta <input type="checkbox"/> autoavustus _____ € Kelalta	

Postiosoite
Siilinjärven kunta
Sosiaali- ja vammaispalvelut
PL 5
71801 Siilinjärvi**Käyntiosoite**
Kasurilantie 1
www.siilinjarvi.fi**Puhelin**
017 401 111 (vaihe)
Faksi 017 462 1102**Sähköposti**
etunimi.sukunimi@siilinjarvi.fi
Y-tunnus 0172718-0

**Kuljetus-
palvelun
tarve**

Asioimis- ja virkistysmatkoja _____ kpl yhdensuuntaista matkaa /kk,
joista lähikuntien alueelle suuntautuvia matkoja _____ kpl/kk.

Työmatkoja _____ kpl yhdensuuntaista matkaa/kk.

Työpaikka ja työaika (päivittäinen/viikoittainen työaika):

Opiskelumatkoja _____ kpl yhdensuuntaista matkaa/kk.

Opiskelupaikka, -ala ja opiskelu-aika:

Minä aikana vuodesta voitte liikkua ilman kuljetuspalvelua? (kuukaudet)

en koskaan

Oletteko kulkenut Pali-autolla? Kyllä Ei

Miten hoidatte tällä hetkellä asiointimatkanne (esim. kävellen,
polkupyörällä, linja-autolla, Pali-autolla, taksilla, jonkun kyydissä)?

Käykö kotihoito? Kuinka usein?

Onko puolisoa, sukulaista tai tuttavaa, joka hoitaa asiointiasiat?

Onko saamanne apu riittävä?

Saattajan tarve	Saattajan apu on tarpeellinen, jos taksin/invataksin apu ei riitä.
	Onko saattaja välttämätön käyttäessänne kuljetuspalvelua?
	Voitteko käyttää julkisia kulkuvälineitä saattajan avulla?
	Onko tiedossanne henkilöä, joka voi toimia saattajana?
Suostumus	Toivomuksia kuljetus- ja saattopalvelujen järjestämiseksi sekä mahdolliset lisätiedot
	Suostun siihen, että hakemustani käsittelevä työntekijä voi pyytää muilta viranomaisilta sellaisia minua koskevia lisätietoja, jotka ovat hakemukseni käsittelyssä tarpeellisia. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000)§14-20
Allekirjoitus	<input type="checkbox"/> Suostun <input type="checkbox"/> En suostu
	Paikka, aika ja hakijan allekirjoitus _____ / _____ 20____
Liitteet	Hakemuksen liitteenä on oltava lääkärintodistus, joka sisältää selvityksen hakijan vammasta tai sairaudesta sekä toimintakyvystä.
	Mikäli haette kuljetuspalvelua työ- tai opiskelumatkoihin, on liitteenä oltava todistus työstä / opiskelusta.
	Lääkärintodistus
	<input type="checkbox"/> Toimitettu aiemmin <input type="checkbox"/> Liitteenä <input type="checkbox"/> Toimitetaan myöhemmin <input type="checkbox"/> Muita liitteitä; mitä?
Mikäli tämä on ensimmäinen vammaispalveluun toimittamanne hakemus, tulee teidän liittää mukaan lääkärintodistus.	
Tarkistuksen liitteeksi <input type="checkbox"/> tarvitaan uusi lääkärintodistus <input type="checkbox"/> ei tarvita uutta lääkärintodistusta	