

KULJETUSPALVELUHAKEMUS

Saapunut ___/___20___

Vaikeavammaisten kuljetus- ja saattajapalvelut on tarkoitettu henkilölle, jolla on erityisiä vaikeuksia liikkumisessa ja joka ei vammansa tai sairautensa vuoksi voi käyttää julkisia joukkoliikennevälineitä ilman kohtuuttoman suuria vaikeuksia. Vamman/sairauden tulee olla pitkäkestoinen.

Haen vammaispalvelulain mukaista kuljetuspalvelua _____ matkaa/kk

Kunnan järjestämän laitoshoidon piirissä olevien henkilöiden kohdalla tulee laitoksen järjestää asukkaalleen kuljetukset tarvittavassa laajuudessa.

Sosiaalihuoltolain mukaista kuljetuspalvelua voi hakea henkilö, joka on täyttänyt 65 vuotta. Haettaessa sosiaalihuoltolain mukaista kuljetuspalvelua mukaan tulee liittää myös todistukset hakijan/perheen nettotuloista.

Haen sosiaalihuoltolain mukaista kuljetuspalvelua _____ matkaa/kk.

Henkilötiedot	Sukunimi ja etunimet		Henkilötunnus	
	Osoite		Puhelinnumero	
	Postinumero	Paikkakunta		
	Äidinkieli		Sähköposti	
	Perhesuhteet: <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> naimisissa <input type="checkbox"/> avoliitossa <input type="checkbox"/> eronnut <input type="checkbox"/> leski			
Taustatiedot	Edunvalvoja, huoltaja, asioiden hoitaja (yhteystiedot)			
	Muut perheenjäsenet:			
	<input type="checkbox"/> Perheessämme ei ole autoa. <input type="checkbox"/> Perheessämme on auto, joka on kuljetuspalvelua hakevan omistuksessa. <input type="checkbox"/> Perheessämme on auto, joka on jonkun toisen perheenjäsenen omistama. Jos hakijan perheessä on auto, miksi haettavia matkoja ei voida suorittaa tällä autolla?			

	Oletteko saaneet autoveronpalautusta tai vammaispalvelulain mukaista tukea auton hankintaan? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä?
Kuljetuspalvelu, jota haetaan	Yhdensuuntaista matkaa/kk ja rastitaan mihin tarkoitukseen matkaa/kk <input type="checkbox"/> Työmatkat, täyttäkää lisäliite (todistus työnantajalta) matkaa/kk <input type="checkbox"/> Opiskelumatkat, täyttäkää lisäliite (todistus oppilaitoksesta) matkaa/kk <input type="checkbox"/> Asioimismatkat matkaa/kk <input type="checkbox"/> Vapaa-ajan matkat
	Miten matkat on hoidettu aiemmin?

Vammaisuutta ja sairautta koskevat tiedot	Vammat ja / tai sairaudet:
	Onko teillä lääkärintodistuksella todettu allergia, joka on otettava huomioon kuljetusta toteutettaessa? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, miten se ilmenee?
	<i>Näkövammaan liittyvät tiedot:</i> Puuttuuko teiltä <u>näkövammasta</u> johtuen suuntausnäkö vieraassa ympäristössä? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä
Liikkuminen ja asiointi	<i>Vaikeudet liikkumisessa:</i> Miten liikutte sisätiloissa? Miten selviydytte portaissa? Miten liikutte ulkona? Kuinka pitkän matkan metreinä kykenette kävelemään ulkona apuvälineiden avulla? Kesällä metriä ja talvella metriä.
	Liikkumisessa käyttämäni apuväline: <input type="checkbox"/> Ei apuvälineitä <input type="checkbox"/> Keppi/kepit <input type="checkbox"/> Kyynär- tai kainalosauvat <input type="checkbox"/> Rollaattori/ kävelyteline, kokoontaitettava <input type="checkbox"/> ei kokoontaitettava <input type="checkbox"/> Pyörätuoli <input type="checkbox"/> Sähkömopo <input type="checkbox"/> Muu, mikä?
	Selviytyminen asioinneissa: <input type="checkbox"/> Selviydyn vaikeuksitta <input type="checkbox"/> Jonkin verran vaikeutunut, millä tavalla? <input type="checkbox"/> Tarvitsen toisen henkilön apua, millä tavalla?

Palautus: Inarin kunta/Vammaispalvelut, Piiskuntie 2, 99800 Ivalo
Sosiaalihuoltolain mukaisen kuljetuspalvelun hakemus palautetaan kotipalvelun palveluohjaaja Riitta Sipola-Kellokummulle, osoite: Ivalon terveyskeskus, Sairaalantie 20, 99800 Ivalo

	<p>Miten hoidatte tällä hetkellä asiointimatkanne?</p> <p><input type="checkbox"/> julkiset liikennevälineet (bussi, palveluliikenne) <input type="checkbox"/> oma auto</p> <p><input type="checkbox"/> taksi <input type="checkbox"/> muu, mikä</p>
	<p>Matka lähimmälle linja-auto pysäkille?</p> <p>Matka lähikauppaan?</p> <p>Voitteko käyttää asiointi- ja vapaa-ajan matkoillanne kotipalvelun palveluliikennettä?</p> <p><input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En voi käyttää lainkaan, miksi ei?</p> <p>Kuinka usein käytätte julkisia joukkoliikennevälineitä? krt/viikko, krt/kk.</p> <p><input type="checkbox"/> en voi käyttää julkisia joukkoliikennevälineitä, miksi ei?</p> <p>Tarvitsetteko toisen henkilön apua joukkoliikennevälineissä matkustettaessa esim. autoon nousemisessa tai poistuessa? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä</p>
	<p>Millaisia erityistarpeita teillä on vammaanne / tai liikkumisvaikeuksienne vuoksi auton varustelun tai koon suhteen?</p> <p>Tarvitsetteko tavallisen vai invataksin?</p> <p>Tarvitsetteko saattajaa</p> <p><input type="checkbox"/> En tarvitse <input type="checkbox"/> Kyllä tarvitsen, mihin?</p> <p>Kuka saattaa?</p>
	<p>Asuminen:</p> <p><input type="checkbox"/> Omakotitalossa <input type="checkbox"/> Rivitalossa <input type="checkbox"/> Kerrostalossa</p> <p><input type="checkbox"/> Palvelutalossa <input type="checkbox"/> Tehostetussa palveluasumisyksikössä <input type="checkbox"/> Laitoshoidossa pysyvästi</p> <p>Yksikön nimi ja osoite:</p>
	<p>Tarvitsetteko apua päivittäisissä toiminnoissa (esim. kotitöissä, peseytymisessä, puukeutumisen ja riisumisessa)?</p> <p><input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä, kuka auttaa?</p> <p>Saatteko kotisairaanhoidoa? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä</p> <p>Saatteko kotihoitoa? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä</p> <p>Saatteko omaishoidon tukea? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä</p> <p>Omaishoitajan nimi ja yhteystiedot:</p> <p>Sotilasvammalain mukainen häiäta-aste _____% vahingonnumero _____</p> <p>Saatteko Kelan maksamaa hoitotukea tai vammaistukea? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Kyllä</p>
Lisätietoja	<p>Suostun palvelua koskevan päätöksenteon kannalta tarvittavien tietojen tarkistamiseen muilta viranomaisilta ja terveydenhuollon tietojärjestelmästä (esim. lääkäri, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, vanhustenhuolto, kotihoito)?</p> <p><input type="checkbox"/>Kyllä <input type="checkbox"/>En</p>

Palautus: Inarin kunta/Vammaispaalvelut, Piiskuntie 2, 99800 Ivalo
 Sosiaalihuoltolain mukaisen kuljetuspaalvelun hakemus palautetaan kotipalvelun palveluohjaaja Riitta Sipola-Kellokummulle, osoite: Ivalon terveyskeskus, Sairaalanatie 20, 99800 Ivalo

	<p>Henkilön nimi ja puhelinnumero, jolta lisätietoja voi hankkia:</p> <p>Hakemuksen täyttäjän/ hakemuksen teossa avusti nimi ja puhelinnumero:</p> <p>Saako hakemuksen täyttäjään olla yhteydessä? Ei / Kyllä</p>
	<p>Vakuutan vastanneeni todenmukaisesti tässä lomakkeessa esitettyihin kysymyksiin.</p> <p>Paikka ja aika / 20</p> <p>Allekirjoitus ja nimenselvennys (hakija tai edustaja)</p> <hr/>

Liitteet kpl

LIITTEET

- lääkärin tai julkisen sektorin fysioterapeutin lausunto hakijan toimintakyvystä
- tarvittaessa vapaamuotoinen selvitys hakijan kokonaistilanteesta.
- selvitys/kopiot hakijan/perheen nettotuloista, mikäli haetaan kuljetuspalvelua sosiaalihuoltolain nojalla.

Asiakastiedot rekisteröidään sosiaali- ja terveystoimen asiakastietojärjestelmään.

OPINTO- JA TYÖMATKOJEN LISÄLIITE

- Opinto- ja työmatkojen lisäliite (täytetään haettaessa työ- tai opiskelumatkoja)
- työnantajan tai oppilaitoksen selvitykset (haettaessa työ- tai opiskelumatkoja)

Oppilaitoksen/työnantajan tiedot	Oppilaitoksen /Työnantajan nimi Lähiosoite Postiosoite ja kaupunki Puhelin Yhteys henkilön nimi Puhelin Suoritettava tutkinto tai nykyinen ammattinimike
Opintojen lisätiedot	Opintojen alkamisajankohta / 20 päättymisajankohta / 20 Opintojen aikaiset vapaat / 20 - / 20 Onko opiskelu päätoimista? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei. Opiskelupäivien lukumäärä kk. Tarvitaanko kuljetuspalveluita opetuspaikkojen välisiin siirtymisiin päivän aikaan? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, perustelut:
Työsuhteen tiedot	<input type="checkbox"/> Toisen palveluksessa <input type="checkbox"/> Itsenäinen ammatinharjoittaja Työsuhteen alkamispäivä / . Työsuhde jatkuu toistaiseksi <input type="checkbox"/> Työsuhteen päättymispäivä / . Työpäivien lukumäärä kk. Päivittäinen työaika h.
Matkareitti	Yhdensuuntainen kodin ja määränpään välinen matkareitti on km. Selvittäkää matkareittinne tähän:
Lisätiedot	
Allekirjoitus	Samalla suostun tarvittavien lisätietojen hankkimiseen oppilaitoksesta tai työnantajalta- ni ja vakuutan antamani tiedot oikeiksi. Paikka ja aika / 20 Allekirjoitus ja nimenselvennys _____