



Vammaispalveluiden kuljetuspalveluhakemus

Saapumispäivä:

Nimi	Henkilötunnus
Osoite	Postinumero
Postitoimipaikka	Puhelin

Yhteyshenkilö (henkilö, johon voi tarvittaessa ottaa yhteyttä)	Nimi, puhelinnumero, suhde asiakkaaseen:
Edunvalvoja	Nimi, osoite, puhelinnumero:

Asuminen	<input type="checkbox"/> Yksin <input type="checkbox"/> Yhteisasuminen Suhteesi asuinkumppaniin _____ <input type="checkbox"/> Laitoshoido <input type="checkbox"/> Asumispalvelu <input type="checkbox"/> Palvelutalo
Asumismuoto	<input type="checkbox"/> Kerrostalo, asuinkerros: _____ <input type="checkbox"/> Rivitalo <input type="checkbox"/> Omakotitalo Asunnossani on <input type="checkbox"/> Portaat <input type="checkbox"/> Hissi

Sairaudet/ vammat	Mitkä sairaudet/vammat vaikeuttavat liikkumistanne?
------------------------------	---

	Miten sairaudet/vammat vaikuttavat liikkumiseenne?
Apuvälineet	Mitä apuvälineitä tarvitsette liikkumiseen?
	Tarvitsetteko toisen ihmisen tukea tai saattajaa liikkumiseenne? Kuka toimii saattajananne?

Liikkuminen	Millä tavalla liikutte tällä hetkellä?
	Kuinka pitkän matkan pystytte omatoimisesti liikkumaan ulkona tai kodin ulkopuolella?
	Voitteko käyttää julkisia joukkoliikennevälineitä? Miten vamma/sairaus estää teitä käyttämästä julkista liikennettä?
	Onko sinulla käytössä sosiaalihoitolain mukainen kuljetuspalvelukortti? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
	Oletteko käyttänyt Ilmajoella toimivaa asiointitaksia? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En, miksi ette käytä asiointitaksia?
	Ajatko itse autoa? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Onko perheessänne auto? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Tarvitsetko invataksin? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
	Onko vuodessa aikoja, jolloin voit liikkua ilman kuljetuspalvelua?
	Miten hoidatte tällä hetkellä asiointimatkanne?

Kuljetus- palveluiden tarve	<p>Haen kuljetuspalvelua seuraaviin matkoihin:</p> <p><input type="checkbox"/> Asioimis- ja virkistys Montako yhdensuuntaista matkaa arvioitte tarvitsevanne kuukaudessa? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Opiskelu <input type="checkbox"/> Työ <input type="checkbox"/> Muu, mikä? _____ Montako yhdensuuntaista matkaa arvioitte tarvitsevanne kuukaudessa? _____</p>
	<p>Huom. Opintomatkoja haettaessa tämän hakemuksen liitteeksi on laitettava todistus opiskelusta ja työmatkoja haettaessa mukaan on liitettävä työnantajan todistus.</p>

Lisätietoja	
--------------------	--

Hakemuksen vahvistaminen	<p>Asiakas suostuu siihen, että Ilmajoen sosiaalitoimi voi tehdä keskinäistä yhteistyötä ja vaihtaa palveluiden järjestämisen kannalta oleellisia ja tarpeellisia tietoja muiden viranomaisten kanssa.</p> <p><input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei</p>
	<p>Vakuutan tässä hakemuksessa antamani tiedot oikeiksi</p> <p>_____</p>
	<p>Aika ja paikka</p> <p>_____</p>
	<p>Allekirjoitus ja nimenselvennys</p> <p>_____</p>
	<p>Mukaan on liitettävä lääkärinlausunto kuljetuspalvelua varten.</p> <p><input type="checkbox"/> Liitteenä <input type="checkbox"/> Toimitan myöhemmin</p>

Lisätietojen kysely ja palautusosoite	<p>Neuvonta ja ohjaus: Palveluohjaaja Salli Luoma 044 4191257 Vastaava sosiaalityöntekijä Kirsti Yli-Ojanperä 044 4191255</p> <p>Hakemuksen palautusosoite: Ilmajoen kunta / Sosiaalitoimisto / Vammaispalvelut PL 23 60801 Ilmajoki</p>
--	--