

- vammaispalvelulain mukainen kuljetuspalvelu  
 sosiaalihuoltolain mukainen kuljetuspalvelu

Saapumispvm \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

**Hakijan henkilötiedot**

Sukunimi ja etunimet	Sosiaaliturvatunnus
Osoite	Puhelin

**Perhesuhde/asuminen**

yksin  puolison/avopuolison kanssa  lapsen kanssa  jonkun muun kanssa

**Vamma ja/tai sairaus**

Miten vaikeuttaa jokapäiväisessä suoriutumisessa

**Liikkuminen**

Käytättekö apuvälineitä liikkuessanne?

en  
 kyllä, mitä?

	Sisällä	Ulkona
Keppi tai kävelysauvat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Näkövammaisten valkoinen keppi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kyynärsauvat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollaattori (kokoontaittuva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollaattori (kokoontaittumaton)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pyörätuoli (kokoontaittuva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pyörätuoli (kokoontaittumaton)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muu, mikä?		

Onko perheessänne auto?

kyllä     ei

Auton käyttömahdollisuudet, kuvaile

Voitteko käyttää linja-autoa?

kyllä     en, miksi?

Matka lähimmälle linja-autopysäkille

Voitteko käyttää asiointiliikennettä?

kyllä     en, miksi?

Mikä kulkuneuvo on vammanne tai sairautenne vuoksi välttämätön?

taksi     invataksi     muu, mikä?

### Mihin tarkoitukseen haette kuljetuspalvelua?

asiointi- ja vapaa-ajanmatkat, minne:

työmatkoihin, työnantajan nimi/osoite:

opiskelumatkoihin, opiskelupaikka:

Kuljettavien matkojen tarve kuukaudessa?

---

Haen kuljetuspalveluun liittyvää saattajapalvelua     kyllä     en

Missä tilanteissa tarvitsette saattajaa ja kuinka paljon?

### Mitä palveluja käytätte tai saatte tällä hetkellä

kotipalvelu, kuinka usein?

kotisairaanhoido, kuinka usein?

lyhytaikainen hoito vanhainkodeissa tai muissa hoitoyksiköissä

ostan palveluja yksityisiltä

saan tukea omaisilta, ystäviltä, naapureilta yms.

muuta, mitä?

**Muuta huomioitavaa**

<b>Hakemuksen täyttämässä avustanut henkilö (yhteystiedot)</b>

**Yhteyshenkilö (MIKÄLI EI HAKIJA ITSE)**

Nimi	
Osoite	Puhelin

**Edunvalvojan nimi ja yhteystiedot**

--

**Lähiomainen ja yhteystiedot**

--

**Hakijan allekirjoitus**

Päiväys	Allekirjoitus
<hr/>	
<input type="checkbox"/> suostun tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta	

**Liitteeksi hoitoselostus (epikriisi), kuntoutuskertomus tai lääkärintodistus, jossa on kuvattu vamman tai sairauden aiheuttama vaikeus liikkumisessa ja julkisten liikennevälineiden käytössä.**

**Hakemukset palautetaan osoitteeseen: Isonkyrön kunta Perusturvaosasto Pohjankyröntie 136, 61500 Isokyrö**

**Päätös postitetaan:**

Hakijalle

Yhteyshenkilölle

Muu

kuka?