

VAMMAISPALVELUHADEMUS



Saapunut \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

Nimi		Henkilötunnus
Osoite		Postinumero ja toimipaikka
Ammatti (myös entinen)		
Puhelin ja sähköposti		
Siviilisääty <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> avio-/avoliittossa <input type="checkbox"/> erossa asuva <input type="checkbox"/> rekisteröity parisuhde <input type="checkbox"/> eronnut <input type="checkbox"/> leski		
Asuminen <input type="checkbox"/> omistusasunto <input type="checkbox"/> vuokra- asunto <input type="checkbox"/> palveluasunto <input type="checkbox"/> asuu yksin <input type="checkbox"/> muu, mikä _____		
Muut samassa taloudessa asuvat:		
Lähiomaisen/huoltajan/edunvalvojan nimi ja yhteystiedot		
Sairaus tai vamma ja siitä aiheutunut haitta		

**Haettavat vammaispalvelut**

<input type="checkbox"/> kuljetuspalvelu (tarvittaessa erillinen hakemus)	<input type="checkbox"/> päivittäin tarvittavat välineet, koneet ja laitteet
<input type="checkbox"/> asunnon muutostyö	<input type="checkbox"/> tulkkipalvelu
<input type="checkbox"/> asuntoon kuuluvat välineet tai laitteet	<input type="checkbox"/> ylimääräiset ravintokustannukset
<input type="checkbox"/> saattajapalvelu	<input type="checkbox"/> ylimääräiset vaatekustannukset
<input type="checkbox"/> palveluasuminen (VpL, KvL)	<input type="checkbox"/> auton apuvälineet/muutostyöt
<input type="checkbox"/> henkilökohtainen apu	<input type="checkbox"/> päivätoiminta (VpL)
<input type="checkbox"/> sopeutumisvalmennus	<input type="checkbox"/> asumisvalmennus
<input type="checkbox"/> ohjaus /neuvonta	<input type="checkbox"/> avotyö
<input type="checkbox"/> tilapäinen perhehoito	<input type="checkbox"/> työtoiminta
<input type="checkbox"/> jatkuva perhehoito	<input type="checkbox"/> päivätoiminta (KvL, kehitysvammaiset)
<input type="checkbox"/> muu palvelu tai taloudellinen tukitoimi, mikä?	

Palvelun ja tuen tarpeen arviointia varten on tehtävä palvelusuunnitelma, ellei kyse ole tilapäisestä neuvonnasta tai ohjauksesta tai mikäli ei muuten ole selvää, että on turhaa tehdä suunnitelmaa.

Toivon, että minulle tehdään palvelusuunnitelma:     kyllä     ei

Perustelut haettavalle palvelulle ja sen tarpeelle (oma näkemys palvelun tarpeesta, kustannukset ym.)

Pankki ja tilinumero (haettaessa rahallista korvausta)

### Käytössä olevat apuvälineet ja hoitotarvikkeet

- pyörätuoli    rollaattori    kyynärsauvat    keppi    kuulolaite    hoitotarvikkeet  
 muut apuvälineet:

### Käytössä olevat palvelut ja suunnitelmat

- kotihoitopalvelut    ateriapalvelu    asumispalvelu    työ tai päivätoiminta    saattaja  
 vapaaehtois-/ ystäväpalvelu    turvapuhelin    siivouspalvelu    omaish.tuki  
 palvelusuunn.    kuntoutussuunn.    HOJKS    hops (kotih.)  
 kuljetuspalvelu    muu, mikä? \_\_\_\_\_

Kuntoutustoimenpiteet/ päivätoiminta/terapiat

### Saako hakija korvausta tai avustusta jostain muualta?

- liikennevakuutus    sotilasvammalaki    hoito-/ vammaistuki \_\_\_\_\_ €/ kk  
 tapaturmavakuutus    Kelan kuntoutus    potilasvahinkovakuutus  
 vapaaehtoinen vakuutus, mikä? \_\_\_\_\_

Vakuutusyhtiön nimi ja  
vahinkonumero \_\_\_\_\_

- Suostun tarvittaessa lisätietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta sellaisiin minua koskeviin tietoihin,  
jotka ovat hakemukseni käsittelyssä tarpeellisia.

Liitteet    lääkärinlausunto    asiantuntijalausunto    kustannusarvio  
esim. kuntoutusohjaaja, toimintaterapeutti

Päiväys

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ 201 \_\_\_\_\_  
paikka \_\_\_\_\_ allekirjoitus \_\_\_\_\_

Hakemus palautetaan joko postitse tai henkilökohtaisesti  
Palautusosoitteet seuraavalla sivulla.

Asiakastietonne rekisteröidään sosiaalitoimen asiakastietojärjestelmään, Henkilötietolaki 1999 / 523 8 §  
ja 16 §

**Hakemukseen liitetään aina lääkärinlausunto ja/tai terveydenhuoltohenkilöstön (esim. kuntoutusohjaajan, fysioterapeutin tai toimintaterapeutin) lausunto:**

- terveydentilasta/ vammaisuudesta/ sairaudesta (diagnoosit)
- sekä mahdollisimman tarkka kuvaus vamman tai sairauden aiheuttamista rajoituksista hakijan kyvyille selviytyä jokapäiväiseen elämään liittyvistä toiminnoista (erityisesti haetun palvelun kohdalla, esim. kuljetuspalveluita haettaessa kuvaus sairauden/vamman vaikutuksesta liikuntakykyyn ja kykyyn käyttää julkisia joukkoliikennevälineitä)
- lisäksi suositellaan, että lausunnosta ilmenee kuvaus toiminnallisten esteiden pysyvyydestä ja arvio sairauden tai vamman kestosta

**PALAUTUS:** Isonkyrön kunta Pohjankyröntie, 136 61500 ISOKYRÖ  
tai Kunnan postilaatikkoon, joka on ulko-oven vieressä