

Saapunut:

**SOSIAALIHUOLTOLAIN MUKAINEN LIIKKUMISTA TUKEVAN KULJETUSPALVELUN HAKEMUS**
 Ensimmäinen hakemus

 Jatkohakemus saapunut

Hakijan henkilötiedot	Sukunimi ja etunimet		Henkilötunnus	
	Puhelinnumero		Kotikunta	
	Lähiosoite		Ammatti	
	Postinumero ja – toimipaikka			
	Siviilisäätty			
	<input type="checkbox"/> Naimaton	<input type="checkbox"/> Avio-/avoliitossa	<input type="checkbox"/> Eronnut	<input type="checkbox"/> Leski
	Puolison nimi ja henkilötunnus			
Yhteys- henkilön tiedot	<i>Yhteyshenkilöllä tarkoitetaan mahdollisesti asiaa hoitavaa henkilöä, ellei sama kuin hakija.</i>			
	Yhteyshenkilön sukunimi ja etunimet		Henkilötunnus	
	Lähiosoite		Puhelinnumero	
	Postinumero ja – toimipaikka			
	Suhde asiakkaaseen			
	<input type="checkbox"/> Avio-/ avopuoliso	<input type="checkbox"/> Tytär /poika	<input type="checkbox"/> Miniä / vävy	
	<input type="checkbox"/> Muu, mikä?			
Samassa taloudessa asuvat henkilöt	Samassa taloudessa asuvat henkilöt			
Kuljetuspalvelu, jota haetaan	Haen kuljetuspalvelua seuraaviin matkoihin			
	<input type="checkbox"/> Asioiminen	<input type="checkbox"/> Virkistys	<input type="checkbox"/> Työ- tai opiskelumatkat	
	Onko teille myönnetty/ haettu liikkumista tukevaa palvelua <b>vammaispalvelulain</b> perusteella?			
	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä, mistä alkaen?		
	Saatteko jotain muita liikkumista tukevia palveluita? Esimerkiksi vakuutusyhtiön myöntämiä.			
	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä, mistä alkaen?		
	<b>TÄYTÄ SEURAAVAT KOHDAT, JOS HAET PALVELUA VAIN TYÖ- TAI OPISKELUMATKOJA VARTEN</b>			

	Työnantaja/ oppilaitos: Työpaikan/ oppilaitoksen osoite: Työn/ opiskelun alkamis- ja päättymispäivät:			
	YHDEN suuntaisten työ ja opiskelumatkojen tarve kuukaudessa:			
Perustelut liikkumista tukevan kuljetuspalvelun tarpeelle	Vamma tai sairaus, missä tai milloin aiheutunut:			
	Vamman tai sairauden aiheuttama haitta:			
Elinolosuhteita ja liikkumista koskevat tiedot	Asun	<input type="checkbox"/> Omakotitalossa	<input type="checkbox"/> Rivitalossa	<input type="checkbox"/> Kerrostalossa
	Onko hissi	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei	
	Joudutteko käyttämään portaita kotona liikuttaessa	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei	
	Kuinka pitkän kokonaismatkan jaksatte kävellä? _____ metriä Minkälaisia vaikeuksia teillä on liikkumisessa kodin ulkopuolella?			
	Pystyttekö nousemaan portaita?			
	<input type="checkbox"/> Yhden kerrosvälin	<input type="checkbox"/> Noin _____ porrasta	<input type="checkbox"/> En lainkaan	
	Liikkumisen apuvälineet:			
	<input type="checkbox"/> Ei apuvälineitä	<input type="checkbox"/> Kävelykepit	<input type="checkbox"/> Rollaattori	
	<input type="checkbox"/> Pyörätuoli	<input type="checkbox"/> Kyynersauvat	<input type="checkbox"/> Opaskoira	
	<input type="checkbox"/> Sähköpyörätuoli tai -mopo			
	<input type="checkbox"/> Muu, mikä?			
	Tarvitsetteko apua päivittäisissä toiminnoissa?			
	<input type="checkbox"/> En	<input type="checkbox"/> Kyllä, kuka auttaa?		
	Missä toiminnoissa?			
	Voitteko käyttää julkisia joukkoliikennevälineitä?			
	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Kyllä, avustettuna		
	<input type="checkbox"/> En miksi?			
Kuinka pitkä matka asunnostanne on lähimmälle linja-autopysäkille? _____ kilometriä				
Voitteko käyttää kutsuhjattua palveluliikennettä (Pali)?				
<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> En, miksi			
<input type="checkbox"/> Minulla ei ole tietoa Palista				

	Miten hoidatte tällä hetkellä asioinnin ym. matkat?	
	Onko perheessänne auto?	
	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei
	Ajatteko itse autoa?	
	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> En, kuka ajaa?
	Pystyttekö nousemaan henkilöautoon?	
	<input type="checkbox"/> Kyllä	
	<input type="checkbox"/> En, miksi?	
	Oletteko saaneet auton hankintaan autoveron palautuksen tai muun avustuksen?	
	<input type="checkbox"/> En	<input type="checkbox"/> Kyllä, vuonna _____ Minkä / millaisen avustuksen?
	Saatteko muita palveluja tai etuuksia?	
	<input type="checkbox"/> Kotihoito, minkä verran? _____ kertaa viikossa	
	<input type="checkbox"/> Tukipalvelut, mitkä?	
	<input type="checkbox"/> Muu palvelu, mikä?	
	<input type="checkbox"/> Omaishoidon tuki	
	<input type="checkbox"/> Muu etuus, mikä?	
Tuloselvitys	Hakijan nettotulot	€/ kk
	Kansaneläke	€/ kk
	Työeläkkeet yhteensä	€/
	Muut tulot	€/ kk
	Mitkä?	
	Hakijan nettotulot	€/ kk
	Kansaneläke	€/ kk
	Työeläkkeet yhteensä	€/
	Muut tulot	€/ kk
	Mitkä	
	Omaisuus esim. talletukset	
	Omaisuus esim. talletukset	
Liitteet Ilman näitä liitteitä hakemustanne ei voida käsitellä	<input type="checkbox"/> Selvitys toimintakykyä alentavista tekijöistä ( <i>lausunto kotihoidosta, lääkärintodistus, muu terveydenhuollon ammattihenkilön lausunto - toimitettava ensimmäisessä hakemuksessa ja jatkossa tarvittaessa</i> ) <input type="checkbox"/> Tulotiedoista tositteet <input type="checkbox"/> Kopiot tiliotteista <input type="checkbox"/> Verotodistus ja erittelyosa	
Yleistä tietoa suostumuksesta	<p><b>Suostumuksen antaminen on vapaaehtoista.</b> Voit milloin tahansa peruuttaa suostumuksesi ilmoittamalla siitä taholle, jolle olet antanut suostumuksesi. Tietojasi käsitellään ja luovutetaan vain kuljetuspalvelun järjestämisen mukaisessa välttämättömässä laajuudessa.</p> <p>Suostumuksen antamatta jättäminen ei estä lainsäädäntöön perustuvaa viranomaisen tiedonsaantia tai tietojenvaihtoa. Palvelusi tai hoitosi ei esty, vaikka et antaisi suostumusta.</p>	

Allekirjoituksella annettava suostumus	<b>Allekirjoituksella annan suostumukseni tietojeni käsittelyyn seuraavasti:</b>  Onnistunut palveluntarpeen arviointi edellyttää tietojen vaihtoa asiakkaan hoitoon osallistuvien työntekijöiden ja palvelua tuottavien muiden tahojen kanssa.  Hoitooni osallistuvat työntekijät ja palvelua tuottavat muut tahot vaihtavat keskenään minua koskevia tietoja, jotka ovat tarpeen palveluntarpeen arvioinnissa, salassapitovelvollisuuden estämättä sitä.	
Allekirjoitus	Päiväys  ____ / ____ 20____	Hakijan allekirjoitus ja nimen selvennys
Avustaneen henkilön tiedot	Hakemuksen täyttämässä avustanut henkilö ja hänen yhteystietonsa:	
Lisätietoja:		

## LOMAKKEEN PALAUTUS

**Iisalmi:** Ikäkeskuksen neuvonta, Satamakatu 10–12, 74100 Iisalmi

**Joroinen:** Ikääntyneiden asiakasohjausyksikkö, Savontie 55, 78300 Varkaus

**Kaavi:** Sosiaalitoimi, PL 13, 73601 Kaavi

**Karttula:** Ikääntyneiden asiakasohjaus, Sairaalapolku 3, 77600 Suonenjoki

**Keitele:** Ikääntyneiden asiakasohjaus, Sairaalapolku 3, 77600 Suonenjoki

**Kiuruvesi:** Ikäkeskuksen neuvonta, Satamakatu 10–12, 74100 Iisalmi

**Kuopio:** Vammaispalvelut, PL 227, 70101 Kuopio

**Lapinlahti:** Vammaispalvelut, Asematie 4, 73100 Lapinlahti

**Leppävirta:** Ikääntyneiden asiakasohjaus, Savonkatu 39, 79100 Leppävirta

**Pielavesi:** Ikääntyneiden asiakasohjaus, Sairaalapolku 3, 77600 Suonenjoki

**Rautalampi:** Ikääntyneiden asiakasohjaus, Sairaalapolku 3, 77600 Suonenjoki

**Rautavaara:** Sosiaalitoimi, kuljetuspalvelu, Koulutie 1, 73900 Rautavaara

**Siilinjärvi:** Hoiva- ja vanhuspalvelut, asiakasohjaus, Isoharjantie 6 rak. S1 3. krs, 71870 Harjamäki

**Sonkajärvi:** Ikäkeskuksen neuvonta, Satamakatu 10–12, 74100 Iisalmi

**Suonenjoki:** Ikääntyneiden asiakasohjaus, Sairaalapolku 3, 77600 Suonenjoki

**Tervo:** Ikääntyneiden asiakasohjaus, Sairaalapolku 3, 77600 Suonenjoki

**Tuusniemi:** Sosiaalitoimisto, Keskitie 22, 71200 Tuusniemi

**Varkaus:** Ikääntyneiden asiakasohjausyksikkö, Savontie 55, 78300 Varkaus

**Vesanto:** Ikääntyneiden asiakasohjaus, Sairaalapolku 3, 77600 Suonenjoki

**Vieremä:** Ikäkeskuksen neuvonta, Satamakatu 10–12, 74100 Iisalmi