

Saapunut: _____

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

saapunut

Hakijan henkilötiedot	Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
	Puhelinnumero	Kotikunta
	Lähiosoite	Ammatti
	Postinumero ja -toimipaikka	
	Siviilisäätö <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>Yhteys henkilöllä tarkoitetaan mahdollisesti asiaa hoitavaa henkilöä, ellei sama kuin hakija.</i>	
	Yhteys henkilön 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 vammaispalvelulain 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? _____	
	TÄYTÄ SEURAAVAT KOHDAT, JOS HAET PALVELUA <u>VAIN</u> TYÖ- TAI OPIKELUMATKOJA VARTEN	

Saapunut: _____

	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"/> Kynärsauvat <input type="checkbox"/> Sähköpyörätuoli tai -mopo <input type="checkbox"/> Opaskoira <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-autopysäkillle? ____ kilometriä	
	Voitteko käyttää kutsuohjattua palveluliikennettä (Pali)? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En, miksi? _____ <input type="checkbox"/> Minulla ei ole tietoa Palista	
	Miten hoidatte tällä hetkellä asiainn ym. matkat?	

Saapunut: _____

	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	Puolison/ avopuolison nettotulot _____ €/ kk
	Kansaneläke _____ €/ kk	Kansaneläke _____ €/ kk
	Työeläkkeet yhteensä _____ €/	Työeläkkeet yhteensä _____ €/ kk
	Muut tulot _____ €/ kk mitkä? _____	Muut tulot _____ €/ kk mitkä? _____
	Omaisuus esim. talletukset _____	Omaisuus esim. talletukset _____ €
Liitteet <i>Ilman näitä liitteitä hakemustanne ei voida käsitellä</i>	<input type="checkbox"/> Selvitys toimintakykyä alentavista tekijöistä (<i>lausunto kotihoidosta, lääkärin todistus, 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>Suostumuksen antaminen on vapaaehtoista. 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>	

Saapunut: _____

Allekirjoituksella annettava suostumus	Allekirjoituksella annan suostumukseni tietojeni käsittelyyn seuraavasti: 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 _____ Hakijan allekirjoitus ja nimen selvennys
Avustaneen henkilön tiedot	Hakemuksen täyttämässä avustanut henkilö ja hänen yhteystietonsa:
Lisätietoja:	

Saapunut: _____

LOMAKKEEN PALAUTUS

- Iisalmi** OHJURI, Satamakatu 10–12, 74100 Iisalmi
- Joroinen** Ikääntyneiden asiakasohjausyksikkö, Tapionkatu 4, 78850 Varkaus
- Kaavi** Sosiaalitoimi, PL 13, 73601 Kaavi
- Keitele** Asiakasohjaus/sosiaalitoimi, Laituritie 1, 72600 Keitele
- Kiuruvesi** OHJURI, Satamakatu 10–12, 74100 Iisalmi
- Kuopio** Vammaispalvelut, PL 227, 70101 Kuopio
- Lapinlahti** Vammaispalvelut, Asematie 4, 73100 Lapinlahti
- Leppävirta** Vammaispalvelut, PL 4 Savonkatu 39, 79100 Leppävirta
- Pielavesi** Asiakasohjaajat, Laurinpurontie 14, 72400 Pielavesi
- Rautalampi** Sosiaalitoimisto, Kuopiontie 11, 77700 Rautalampi
- Rautavaara** Sosiaalitoimi, kuljetuspalvelu, Koulutie 1, 73900 Rautavaara
- Siilinjärvi** Hoiva- ja vanhuspalvelut, asiakasohjaus, Isoharjantie 6 rak. S1 3.krs, 71870 Harjamäki
- Sonkajärvi** OHJURI, Satamakatu 10–12, 74100 Iisalmi
- Suonenjoki** Sosiaalitoimisto, Keskuskatu 3, 77600 Suonenjoki
- Tervo** Sosiaalitoimi, Tervontie 4, 72210 Tervo
- Tuusniemi** Sosiaalitoimisto, Keskitie 22, 71200 Tuusniemi
- Varkaus** Ikääntyneiden asiakasohjausyksikkö, Tapionkatu 4, 78850 Varkaus
- Vesanto** Palveluohjaus, Valokuja 2, 72300 Vesanto
- Vieremä** OHJURI, Satamakatu 10–12, 74100 Iisalmi