

Saapunut ____ / ____ 20 ____

Vastaanottaja

Hakijan henkilö- tiedot	Sukunimi ja etunimet		Henkilötunnus	
	Lähiosoite		Puhelinnumero	
	Postinumero ja – toimipaikka			
	Väestökirjalain mukainen kotipaikka		Ammatti	
	Lähiomainen tai edunvalvoja, nimi – ja yhteystiedot			
	Sivillisäätty			
	<input type="checkbox"/> Naimaton	<input type="checkbox"/> Avio-/avoliitossa	<input type="checkbox"/> Eronnut	<input type="checkbox"/> Leski
	Samassa taloudessa asuvien nimet ja syntymävuodet			
	Lähiomaiset tai muut tärkeät ihmissuhteet			
	Laillisen edustajan (edunvalvoja, edunvalvontavaltuutettu) /puolesta asioivan /huoltajan nimi ja yhteystiedot:			

Haettava palvelu	<input type="checkbox"/>	Kuntoutusohjaus / Sopeutumisvalmennus	<input type="checkbox"/>	Kuljetuspalvelu erillisellä lomakkeella
	<input type="checkbox"/>	Palveluasuminen	<input type="checkbox"/>	Henkilökohtainen apu
	<input type="checkbox"/>	Asumispalvelut	<input type="checkbox"/>	Asunnon muutostyöt ja asuntoon kuuluvat välineet ja laitteet
	<input type="checkbox"/>	Päivittäisessä toiminnoissa tarvittavat välineet, laitteet ja koneet	<input type="checkbox"/>	Ylimääräiset vaatetuksen kustannukset
	<input type="checkbox"/>	Erytisravintokustannukset	<input type="checkbox"/>	Autoavustus, auton apuvälineet/ muutostyöt
	<input type="checkbox"/>	Päivätoiminta		
Haen kehitysvammalain nojalla erityishuoltoa				
<input type="checkbox"/>				
<p>KVL 1977/519,1 luku, 1 § Tässä laissa säädetään erityishuollon antamisesta henkilölle, jonka kehitys tai henkinen toiminta on estynyt tai häiriintynyt synnynnäisen tai kehitysiässä saadun sairauden tai vamman vuoksi ja joka ei muun lain nojalla voi saada tarvitsemiaan palveluja.</p>				
Haettavan palvelun perustiedot	Selvitys haettavasta palvelusta/tukitoimesta. (asiakkaan oma näkemys ja perustelut palveluntarpeesta, tarkoituksesta, määrästä ja kustannuksista)			
	Milloin ja missä avuntarve, toimintakyvyn vaje on aiheutunut?			

	Missä asioissa tarvitsette apua toimintakyvyn vajeen vuoksi?			
	Millä tavalla haettava palvelu auttaisi itsenäistä selviytymistänne?			
	Saatteko palvelua tai korvausta muualta samaan tarkoitukseen, mistä? Esimerkiksi vakuutusyhtiöistä.			
Vamman tai sairauden aiheuttama avuntarve	Käytössä olevat apuvälineet ja hoitotarvikkeet			
	<input type="checkbox"/>	Pyörätuoli	<input type="checkbox"/>	Kyynärsauvat
	<input type="checkbox"/>	Rollaattori	<input type="checkbox"/>	Kävelykeppi
	<input type="checkbox"/>	Hoitotarvikkeet, mitä?		
	Käytössä olevat palvelut			
	<input type="checkbox"/>	Kotihoito	<input type="checkbox"/>	Kauppapalvelu
	<input type="checkbox"/>	Kotisairaanhoido	<input type="checkbox"/>	Siivouspalvelu
	<input type="checkbox"/>	Ateriapalvelu	<input type="checkbox"/>	Turvapuhelin
	<input type="checkbox"/>	Saunotuspalvelu	<input type="checkbox"/>	Päivätoiminta
	<input type="checkbox"/>	Muu mikä?		

Päivittäiset toiminnot:				
		1=Selviydyn omatoimisesti	2=Tarvitsen apua	3=Tarvitsen apua runsaasti
	Ruuan valmistus	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Peseytyminen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	WC-toiminnot	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Ruokailu	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Pukeutuminen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Asiointi kodin ulkopuolella	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Lääkehoito	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Kommunikaatio, viestintä	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Kodinhoito, pyykinhuolto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Liikkuminen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Valvonta ja ohjaus	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Avuntarve jossain muussa, missä?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Saatteko kotihoidon palveluja?				
<input type="checkbox"/>	Ei	<input type="checkbox"/>	Kyllä	
Kuinka usein?		Mitä palveluja?		
Auttavatko omaiset Teitä?				
<input type="checkbox"/>	Ei	<input type="checkbox"/>	Kyllä	
Kuinka usein?		Mitä palveluja esim. omaishoidontuki?		
Auttaako joku muu Teitä (ystävä, naapuri, tukihenkilö, henkilökohtainen avustaja)?				
<input type="checkbox"/>	Ei	<input type="checkbox"/>	Kyllä	
Kuinka usein?		Mitä palveluja?		
Haettavan palvelun perustiedot	Onko hakijalle myönnetty aikaisemmin vammaispalvelua?			
	<input type="checkbox"/>	Ei	<input type="checkbox"/>	Kyllä
	Onko asuntoa			
	<input type="checkbox"/>	Hakijan omistuksessa		
<input type="checkbox"/>	Vuokra-asunto, asunnon omistaa:			

	Saako hakija ko. palveluihin tai kustannuksiin korvausta muun lain pohjalta			
	<input type="checkbox"/>	Ei		
	<input type="checkbox"/>	Kyllä, mistä		
Suostumus	Hakemustani käsittelevä työntekijä voi pyytää seuraavilta tahoilta minua koskevia tietoja, jotka ovat hakemukseni käsittelyssä välttämättömiä ja tarpeellisia (laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 § 14-20).			
	<input type="checkbox"/>	En suostu		
	<input type="checkbox"/>	Suostun		
	<input type="checkbox"/>	Terveystieteiden tutkimuskeskus	<input type="checkbox"/>	Aikuissosiaalityö
	<input type="checkbox"/>	Lapsiperhepalvelut	<input type="checkbox"/>	Päihde- ja mielenterveyspalvelut
	<input type="checkbox"/>	Ikäihmisten palvelut	<input type="checkbox"/>	Sivistyspalvelut / varhaiskasvatus (koulu ja päivähoito)
	<input type="checkbox"/>	Muu, mikä?		
	Voin peruuttaa suostumukseni milloin vain ottamalla yhteyttä asiaani hoitavaan työntekijään.			
Allekirjoitus	Päivämäärä ja paikka			
	Allekirjoitus ja nimen selvennys			
	Hakemuksen teossa avustanut / laillinen edustaja (allekirjoitus)			
Liitteet	<input type="checkbox"/>	Hakemuksen liitteenä tulee olla lääkärin lausunto (enintään vuoden vanha), joka sisältää selvityksen hakijan vammasta tai sairaudesta sekä toimintakyvystä		
	<input type="checkbox"/>	Kustannusarvio		
	<input type="checkbox"/>	Muut asiantuntijalausunnot		

Palauta hakemus alueesi vammaispalvelukeskukseen. Osoitteet löydät alta.

Vammaispalvelukeskus POHJOINEN ALUE
(Iisalmi, Kiuruvesi, Sonkajärvi, Vieremä, Rautavaara)

- Kampus Vire (entinen Iisalmen sairaala) Riistakatu 23, 74120 Iisalmi

Vammaispalvelukeskus KOILLINEN ALUE
(Lapinlahti, Siilinjärvi, Nilsjä, Maaninka)

- Innocum, Isoharjantie 6 rakennus S1, 2 krs, 71800 Siilinjärvi

Vammaispalvelukeskus KESKINEN ALUE
(Kuopio, Kaavi, Tuusniemi, Juankoski, Riistavesi, Vehmersalmi)

- Tulliportinkatu 15 H 3 krs, 70100 Kuopio

Vammaispalvelukeskus LÄNTINEN ALUE
(Suonenjoki, Rautalampi, Pielavesi, Vesanto, Tervo, Karttula, Keitele)

- Väinönkatu 9, 77600 Suonenjoki

Vammaispalvelukeskus ETELÄINEN ALUE
(Varkaus, Leppävirta, Joroinen)

- Hyvinvointikeskus AALTO, Savontie 55, 78300 Varkaus, 4. kerros